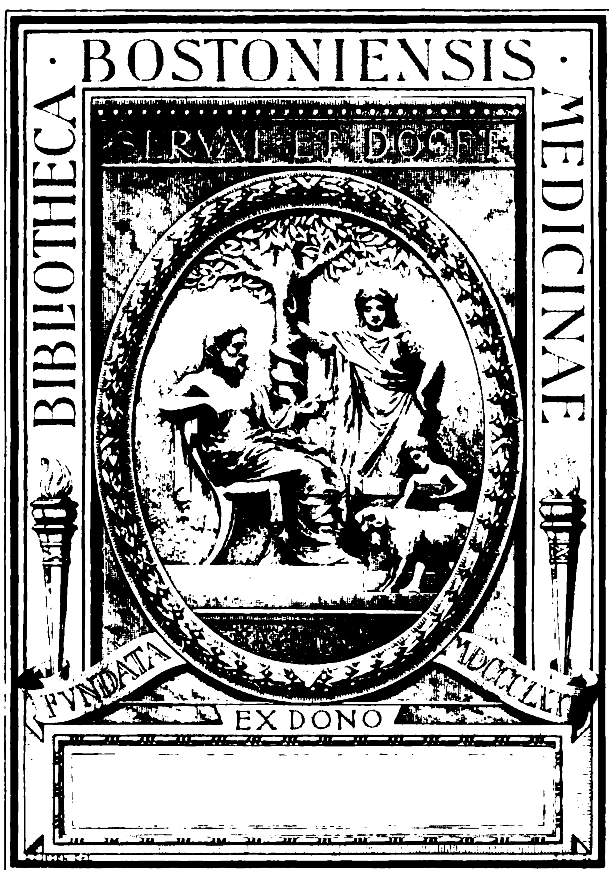


ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ
Médecin des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de
l'hôpital Saint-Antoine

P. SEBILEAU
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

E. LOMBARD
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Secrétaires de la rédaction :

H. BOURGEOIS
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

H. CABOCHE
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Les **ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX** paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : France, **20** francs ; Union Postale, **25** francs. — Chacun des volumes des années 1875 à 1905 est vendu séparément **15** francs, moins les années 1886, 1891, 1892 qui ne se vendent qu'avec la collection complète.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 31 années au prix de **465** francs.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de **360** francs.

Prix du numéro 2 francs.

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à M. le Dr E. LOMBARD, 49, rue de Rome, VIII°, Paris.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à MM. MASSON et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris

TOME XXXIII — 1907

DEUXIÈME PARTIE

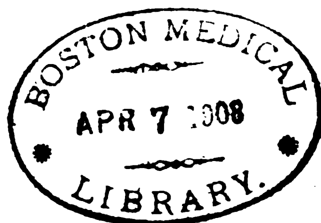
PARIS

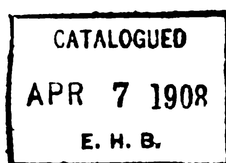
MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

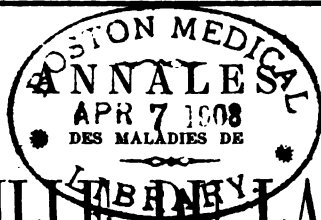
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1907





Tome XXXIII. — N° 7. — Juillet 1907.



ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DU SINUS MAXILLAIRE [1]

Par

P. JACQUES et **A. GAUDIER**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.

Tumeurs de la mâchoire supérieure et tumeurs du sinus maxillaire ont été jusqu'à présent confondues dans une seule et même description chez la plupart de nos classiques. Cela s'explique par ce fait que la presque totalité des observations réalisées concerne des cas très avancés où le cancer avait largement dépassé les limites du sinus pour envahir les régions ambiantes de la face. Le diagnostic précoce des dégénérescences malignes primitives de l'antre d'Highmore est en effet entouré d'obscurités, bien que leur fréquence relative soit considérable:

[1] Résumé du rapport présenté à la Société française de Laryngologie. — Congrès de Paris, mai 1907.

Lebert n'a-t-il pas établi que, de tous les os du squelette, le maxillaire est le plus souvent atteint de cancer.

Notre effort doit tendre vers un diagnostic hâtif et précis, condition indispensable des progrès à réaliser dans la thérapeutique chirurgicale de cette affection. Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, une question préalable s'impose : *que faut-il entendre et qu'entendrons-nous par tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire ?*

Si nous envisagions uniquement le point de vue *anatomique*, ce titre ne saurait convenir qu'aux tumeurs nées de tissus appartenant en propre au sinus maxillaire : muqueuse, périoste, table interne du maxillaire. Or, ce que nous savons des relations histologiques étroites, qui unissent les tumeurs aux tissus dont elles dérivent, ne nous autoriserait à considérer comme cancer du sinus que :

1° les sarcomes et leurs variétés,

2° l'épithélioma cylindrique ou typique,

3° l'épithélioma atypique ou carcinome.

Il faudrait exclure tous les épithéliomas à type pavimenteux d'origine manifestement buccale, de même que les épithéliomas adamantins en rapport étroit avec le système dentaire.

En nous plaçant, au contraire, sur le terrain clinique, nous croyons qu'il faut considérer comme cancer du sinus maxillaire tout néoplasme malin né d'une paroi du sinus et évoluant exclusivement, au début du moins, vers sa cavité.

1er Diagnostic

Au point de vue séméiologique il importe de distinguer trois phases ou périodes successives dans l'évotion des cancers du sinus :

1re *phase.* — La tumeur est tout entière contenue dans le sinus dont les parois n'ont éprouvé encore aucune modification : c'est la *période latente.*

2e *phase.* — La tumeur, en se développant, a fait subir aux

parois du sinus un certain degré de refoulement excentrique, plus ou moins appréciable à l'extérieur : c'est la *période de déformation.*

3[e] *phase.* — La tumeur a dépassé les limites du sinus, perforé la coque du maxillaire et envahi les cavités voisines ou les régions ambiantes : nez, bouche, orbite, fosse ptérygo-maxillaire : c'est la *période d'envahissement.*

Nous envisagerons les conditions du problème diagnostique à ces trois périodes et, pour chacune d'elles, nous l'examinerons sous ces deux faces :

Y a-t-il néoplasie maligne?

Celle-ci a-t-elle son point de départ dans le sinus maxillaire ?

Enfin, pour procéder rationnellement en allant du simple au composé, nous considérerons en premier lieu le cancer du sinus à la période où son existence est le plus manifeste et à la période d'envahissement.

I. Période d'envahissement. — A ce stade, le cancer a perforé la coque osseuse du sinus et fait issue dans l'une des cavités ou régions adjacentes. L'effraction a lieu au niveau des points les moins résistants : que cette moindre résistance soit l'effet d'une disposition anatomique normale ou le résultat d'un ramollissement par infiltration néoplasique. Le diagnostic du cancer est ordinairement manifeste, du moins quand les végétations ont fait irruption dans la cavité buccale ou les fosses nasales. Dans le premier cas l'examen histologique est le plus souvent indispensable pour écarter l'hypothèse d'*épulis* simple.

Au début de l'envahissement nasal, il sera moins aisé de se convaincre de la nature de l'affection, quand les bourgeons cancéreux, forçant l'hiatus ou perforant la fontanelle, se dissimulent encore sous l'opercule du méat moyen, souvent mélangés à des polypes muqueux et souillés d'exsudat purulent. L'amputation de la tête du cornet sera alors souvent indispensable. Si les perforations suspectes siègent au voisinage de l'entrée du nez, il conviendra d'éliminer le *lupus*, certains *granulomes* syphilitiques, la *gomme* ulcérée et enflammée, enfin les *bourgeonnements inflammatoires*, satellites des vieux corps étrangers.

Le problème sera singulièrement plus ardu lorsque la coque osseuse aura cédé en regard des fosses orbitaires ou ptérygo-maxillaires, inaccessibles à l'examen visuel. C'est sous le masque d'un *phlegmon chronique*, d'une *ostéo-périostite* spécifique ou non qu'évoluera la dégénérescence maligne.

S'il est plus souvent aisé de reconnaître le cancer quand il a franchi la barrière osseuse du maxillaire et envahi les cavités adjacentes, établir son origine sinusienne l'est moins. Maintes fois le diagnostic de localisation primitive demeurera hésitant, et l'opération seule lèvera les doutes : c'est du moins ainsi que les choses se sont passées dans la majorité des cas publiés. Avant l'ouverture opératoire les éléments de probabilité en faveur d'une origine highmorienne devront être recherchés dans l'anamnèse, les signes physiques et la nature histologique de la tumeur.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic clinique renfermera toujours une part d'incertitudes relatives aux prolongements possibles du tissu morbide vers les régions inaccessibles à l'exploration directe. Aussi, les indications particulières de l'extirpation ne sauront-elles être posées qu'après ouverture opératoire du sinus.

II. Période de déformation. — A ce stade, l'origine sinusienne de l'affection est relativement aisée à déterminer chaque fois que la déformation est assez accusée pour intéresser à la fois deux des parois de l'antre : une tumeur refoulant simultanément la face et le palais implique, suivant toutes vraisemblances, un début intermédiaire, intra-sinusien. La participation du sinus est plus délicate à établir quand le soulèvement porte sur un point seulement de la coque osseuse : la diaphanoscopie convenablement appliquée et judicieusement interprétée fournira de précieuses indications.

Nous considérons également comme un signe de haute valeur en faveur de la participation de l'antre l'existence d'un léger suintement soit mucopurulent, soit sérosanguinolent du méat moyen ; ou encore la présence au voisinage de l'hiatus semi-lunaire de petits polypes muqueux, alors qu'aucun signe d'infiltration hydrorrhéique ou de dégénérescence inflammatoire n'est appréciable dans l'ensemble de la pituitaire.

Le point le plus délicat consiste à établir que l'agent intra-sinusien de déformation de la mâchoire appartient à une tumeur maligne, et spécialement à telle ou telle catégorie de cancer. Il existe, en effet, dans la région qui nous occupe, un grand nombre d'affections susceptibles de se développer dans le sinus en même temps que de déformer le maxillaire. Il est indispensable de les passer rapidement en revue pour établir les bases de leur élimination. Nous les diviserons en quatre catégories :

1° *Troubles du développement.* — Il s'agit alors presque constamment d'une évolution retardée, entravée ou anormale d'un *follicule dentaire.* L'examen attentif du reste des dents, lorsque la tumeur est intacte, ou bien, lorsqu'elle est fistulisée, l'exploration au stylet de sa cavité, fournira les éléments indispensables d'appréciation.

2° *Accidents inflammatoires ou spécifiques.* — *L'ostéopériostite* et *l'ostéomyélite* du maxillaire sont caractérisées par leur marche aiguë et fébrile. — La variété chronique connue sous le nom *d'hypertrophie diffuse des mâchoires* possède, au contraire, une évolution excessivement lente et indolore. *La mucocèle* exige pour son élimination une ponction, intranasale d'ordinaire, avec un trocart de fort calibre. Quant à la *sinusite fongueuse,* il ne nous paraît pas qu'on puisse lui attribuer des déformations osseuses indépendamment d'un élément diathésique préexistant.

3° *Accidents inflammatoires spécifiques.* — C'est à la *syphilis* qu'il faudra songer tout d'abord en présence d'un épaississement récent et douloureux de l'une des parois de l'antre. L'aspect particulier du jetage nasal (Lubet, Veillard) fournira un sérieux appoint à cette hypothèse ; mais, en cas d'infiltration gommeuse, il faudra recourir à l'épreuve thérapeutique pour révéler l'origine diathésique de la lésion.

La tuberculose fermée du maxillaire, plus lente dans sa marche, pourra fournir, bien que rarement, matière à confusion avec les tumeurs malignes. Elle s'en distinguera surtout par la formation précoce de collections froides.

L'infiltration primitive des parties molles appartient en propre à *l'actinomycose.* Elle ne saurait toutefois suffire à

faire exclure le sarcome, si la nature spéciale de l'empâtement et la prompte apparition de points ramollis, précurseurs de fistules bientôt caractéristiques, n'apportaient un élément décisif au diagnostic.

4° *Néoplasies.* — Nombreuses sont les tumeurs ayant le maxillaire pour siège exclusif, pour lieu d'élection ou simplement pour support accidentel. Une première élimination devra se faire aux dépens des *tumeurs bénignes*. Dans ce groupe nous laisserons de côté le *fibrome*, l'*enchondrome*, l'*ostéome*, proliférations de substance conjonctive assez bien caractérisée, rares d'ailleurs à la mâchoire du haut et n'y présentant aucune originalité. Les néoformations les plus intéressantes de beaucoup, parce qu'elles sont spéciales à la région et y occupent, du fait de leur fréquence, une situation hors pair, sont les tumeurs kystiques développées en tout ou en partie dans le sinus maxillaire.

Les kystes développés dans la muqueuse du sinus peuvent amener à la longue une déformation de la paroi osseuse : nous avons vu plus haut ce qui caractérise la mucocèle. — Les *kystes d'origine dentaire* (kystes périostiques de Magitot, radiculo-dentaires de Malassez, uniloculaires de Heydenreich) sont à coup sûr la plus commune des tumeurs du maxillaire supérieur ; tandis que l'odontome et le kyste multiloculaire ne s'y rencontrent, pour ainsi dire, jamais. Le début insidieux des kystes paradentaires, leur évolution simultanée vers le sinus et vers l'extérieur, l'ébranlement dentaire à distance qu'ils entraînent, leur donnent, jusqu'à un certain point, figure de tumeurs malignes et envahissantes. Le diagnostic en est pourtant aisé avant même qu'une incision intempestive, ou bien une extraction tardive, ait donné issue à leur contenu séreux et ouvert la porte à l'infection buccale, qui les transformera en abcès chroniques. Il se basera sur le développement entièrement indolore, sauf poussées fluxionnaires éphémères, et surtout sur les caractères propres aux tumeurs liquides (dépressilililité, fluctuation, crépitation parcheminée typique). La diaphanoscopie marquera d'une tache claire la saillie du kyste, s'il est encore fermé, et, par suite, non infecté. La ponction exploratrice fournira un liquide séreux tenant en suspension

des cristaux chatoyants de cholestérine. Les mêmes paillettes brillantes pourront s'observer dans le liquide purulent des kystes récemment fistulisés. Dans ce dernier cas, l'exploration au stylet de la cavité est tout indiquée pour préciser la nature et les rapports de la lésion déformante.

Si tout néoplasme intra-maxillaire déformant à contenu liquide possède de grandes chances d'appartenir au groupe des tumeurs bénignes, la grosse majorité des proliférations solides développées dans l'antre et soulevant sa paroi ressortit à la catégorie des néoplasies infectantes. Nous devons excepter toutefois les *papillomes* et *adénomes* purs, tumeurs rares à la vérité, dans l'étude histologique est indispensable pour en affirmer la bénignité.

Conjonctifs ou épithéliaux, les *cancers* du sinus maxillaire trahissent leur malignité par une tendance à l'infiltration de proche en proche des tissus ambiants quels qu'ils soient. Le kyste use, évide, détruit le maxillaire en procédant par refoulement, compression, atrophie. Le cancer infiltre, absorbe, pénètre le tissu osseux et se substitue progressivement à lui en s'y mélangeant. Ce caractère essentiel d'envahissement précoce et insidieux se traduit par divers phénomènes tant subjectifs qu'objectifs : névralgies persistantes, progressives, rebelles à l'évacuation thérapeutique de l'antre et à l'avulsion des dents ébranlées, perforation rapide de la coque maxillaire, adhérence hâtive des téguments, anesthésie jugale, amaurose, épiphora, etc...

En même temps qu'elles s'infiltrent en profondeur les tumeurs malignes subissent une désintégration précoce caractéristique, facteur d'épistaxis de l'antre et de jetage gangréneux.

Si l'excrétion sanieuse des cancers du sinus échappe d'ailleurs souvent à l'observation, elle provoque d'ordinaire une prolifération polypeuse du méat moyen au voisinage de son orifice, indice d'une irritation persistante, qui doit tout au moins éveiller les soupçons et provoquer une exploration minutieuse de la cavité.

Enfin, à la mâchoire comme ailleurs, les tumeurs malignes entraînent une répercussion sur les ganglions collecteurs de

leurs lymphatiques. Malheureusement pour l'exploration clinique, ces ganglions siègent profondément sur les côtés du pharynx et se prolongent en une chaîne ininterrompue le long des vaisseaux profonds du cou jusque dans le médiastin. Nos connaissances anatomiques ne nous permettent guère, en effet, d'admettre avec Sébileau que l'engorgement ganglionnaire affecte électivement les glandes situées en arrière de l'angle de la mâchoire, au-dessous de l'expansion de l'aponévrose du sterno-mastoïdien. L'envahissement de celles-ci semble trahir uniquement l'infiltration par le cancer des tissus périsinusiens.

A ces signes de présomption dont aucun, pris isolément, ne saurait autoriser l'affirmation assurée d'un cancer highmorien, il faut ajouter, pour préciser le diagnostic, les résultats de la diaphanoscopie et de la ponction : l'une marquant d'une tache obscure la zone d'insertion du néoplasme malin, l'autre fournissant tantôt des résultats négatifs, le plus souvent du sang ou de la sérosité hématique, parfois du pus spécialement fétide et toujours en petite quantité.

Indépendamment de ces signes, communs à toutes les tumeurs malignes, il existe certains caractères cliniques permettant d'orienter le diagnostic soit vers les *sarcomes*, soit vers les épithéliomas. C'est ainsi que les tumeurs du type conjonctif possèdent une prédilection marquée pour la région antérieure de la cloison naso-sinusienne, s'extériorisant dans le sillon nasogénien, qu'elles comblent, puis soulèvent en une voussure régulière, arrondie, bientôt adhérente à la peau amincie et vascularisée. La jeunesse relative des sujets apporte un argument de plus en faveur du sarcome ; tandis que les *tumeurs épithéliales*, apanage de l'âge mûr, affectent une prédilection particulière pour l'apophyse alvéolaire et la région ethmoïdale et offrent une configuration plutôt bosselée.

III. Période latente. — L'exceptionnelle sévérité du pronostic des cancers issus de l'antre d'Higmore est incontestablement liée à l'insidiosité de leur début et au retard du diagnostic. Aussi serait-il éminemment souhaitable qu'à un stade précoce des signes caractéristiques pussent attirer l'attention du médecin. A vrai dire, le tableau symptomatique du

cancer à sa première période ne saurait être autre chose actuellement, faute de documents positifs suffisants, qu'une esquisse, dont les traits, encore indécis, ne tarderont pas, nous en sommes convaincus, à s'accentuer grâce à des interventions précoces plus fréquentes.

Un signe relativement hâtif, remarquablement constant, consiste dans l'apparition inexpliquée dans la profondeur de la joue de douleurs à caractère progressif et rebelles aux interventions ordinairement efficaces (lavages du sinus, extractions dentaires, analgésiques internes, etc.). C'est avec les accidents douloureux du début de la sinusite et, d'autre part, avec la névralgie de la deuxième branche du trijumeau que la distinction doit être établie. Si l'opiniâtreté de la souffrance ne cadre guère avec ce que nous savons de la séméiologie des inflammations simples de l'antre, la névralgie du maxillaire supérieur est beaucoup plus difficile à éliminer du champ des hypothèses, d'autant plus qu'une notable diminution de la transparence du sinus à la diaphanoscopie peut s'observer sous l'influence de simples troubles vasomoteurs.

On a considéré, à tort, ce nous semble, les sensations de pesanteur sourdes et sans paroxysmes comme un simple signe de distension sans signification particulièrement défavorable.

La chute spontanée des dents ne vaut, comme signe de cancer intra-sinusien, que si elle précède les déformations extérieures. Elle trahit alors le travail d'infiltration profonde propre aux tumeurs malignes. Dans les kystes, au contraire, l'ébranlement est tardif et la chûte spontanée tout à fait exceptionnelle. Faute de mieux, il faudra, croyons-nous, attacher une grande importance aux qualités de l'écoulement hématique, séreux ou purulent, soit observé dans le méat, soit extrait par ponction. L'épistaxis spontané du sinus surtout doit éveiller les soupçons.

Nous possédons, d'autre part, dans la diaphanoscopie judicieusement appliquée et au besoin répétée un moyen précieux de confirmer ou d'exclure les soupçons fondés sur ces divers indices. Pourtant, comme il ne s'agira jamais à cette période initiale et latente que d'hypothèses plus ou moins sérieusement étayées, une cure iodo-hydrargyrique d'essai devra être entre-

prise le plus souvent comme prélude à l'ouverture exploratrice par voie canine, dernier recours du clinicien hésitant, ressource extrême du diagnostic, qui, sans doute, apportera le salut à plus d'un malade, en attendant qu'elle fournisse aux chirurgiens les éléments indispensables aux progrès de la séméiologie.

2° Thérapeutique opératoire

Tous les traitements chirurgicaux dirigés contre les tumeurs malignes du sinus maxillaire se résument en la résection des parties malades ; mais de même que la lésion peut être encore limitée, ou le plus souvent généralisée, aux massifs voisins, cette résection peut être partielle, économique, et n'intéresser qu'une partie du maxillaire supérieur : celle qui avoisine le sinus. Elle peut se faire alors par la voie buccale ou par incision externe ; elle peut être aussi totale, et par une incision externe enlever le maxillaire supérieur et même plus, soit d'un bloc, soit par fragments, par morcellement.

Nous aurons donc à passer en revue :

La résection partielle économique, peu déformante, rapide en son exécution, faite à la curette, à la cisaille, à la pince-gouge, avec incision buccale gingivale ou une incision externe cutanée.

La résection totale, d'un bloc ou par fragments, déformante, plus longue, avec incision cutanée et suivie en plus de prothèse immédiate ou tardive.

Nous discuterons ensuite les indications, la valeur et les résultats des opérations décrites précédemment.

Considérations préliminaires. — Il faut d'abord attirer l'attention sur les difficultés et les accidents dus à l'hémorragie au cours des opérations partielles ou totales sur le maxillaire supérieur.

Toute intervention étendue et importante dans les fosses nasales, la bouche et le pharynx, s'accompagne d'une hémorragie notable qui ne cède guère qu'au tamponnement, car un saignement en nappe, et la forcipressure est souvent diffi-

cile. Le sang tend à pénétrer, sous l'influence de l'inspiration, dans les voies aériennes, et à déterminer de ce fait une asphyxie rapidement mortelle : cet accident ne se produit que chez les malades anesthésiés, le réflexe de la toux ayant disparu.

C'est la complication la plus grave qui puisse survenir au cours de l'opération. En dehors de ce fait, l'administration du chloroforme est rendue difficile par le siège même des manœuvres opératoires qu'il faut interrompre souvent, parce qu'il faut donner dans les intervalles de fortes doses d'anesthésique et que, même à ce prix, on n'obtient qu'un sommeil irrégulier entrecoupé de demi-réveils.

Eviter la pénétration du sang dans les voies aériennes est donc un point d'importance capitale, d'autant plus que les sujets chez qui cet accident s'est produit, sans être immédiatement mortels, sont certainement beaucoup plus exposés que les autres à la pneumonie de déglutition, à laquelle sont dus plus des trois quarts des morts post-opératoires.

On a proposé, pour éviter l'entrée du sang dans le larynx, les cinq moyens suivants :

1° Supprimer purement et simplement l'anesthésie générale.

2° Faire la trachéotomie préalable.

4° Mettre la tête du sujet dans une position déclive.

4° Assurer l'hémostase préventive par la ligature de la carotide externe; l'hémorragie est considérablement réduite, mais n'est pas complètement supprimée. Kocher recommande beaucoup cette opération, qu'il associe à la position déclive du sujet ; la même incision permet de découvrir l'artère et, dans le cas de cancer, d'enlever les ganglions carotidiens (Faure).

5° Enfin, reculer autant que possible, dans toute intervention, l'ouverture de la bouche ou de la fosse nasale, celle-ci, d'ailleurs, devant être tamponnée pendant une partie de l'intervention pour empêcher le passage du sang dans l'arrière-nez et la gorge (Lenormant).

De l'ablation des ganglions. — Qu'il s'agisse d'intervention partielle ou totale, l'ablation des ganglions est nécessaire, là comme partout. Cette adénopathie, nous le savons, est souvent méconnue parce que profonde et extériorisée à une période re-

lativement éloignée de l'évolution de la tumeur. Habituelle dans l'épithélioma, elle peut être plus rare dans le sarcome, et même exceptionnelle.

Les ganglions envahis sont, le plus souvent, les ganglions sous-sterno-mastoïdiens, au-dessous du bord externe du muscle.

Cette localisation, qu'expliquent bien les recherches d'André dans sa thèse sur les lymphatiques du nez et des fosses nasales, est constante. Lorsque les téguments sont envahis, il y a toujours un ganglion sous-maxillaire et rétro-angulaire.

Pour Lichtwitz, l'adénopathie est une contre-indication à une intervention opératoire sur les tumeurs; cependant la majorité des chirurgiens opèrent quand même.

L'ablation des ganglions se fera de la façon classique : incision le long du sterno-cléido-mastoïdien, et dissection du chapelet ganglionnaire, en ayant soin de ne pas déchirer ni écraser les ganglions, de crainte des inoculations. Autant que possible, disséquer d'un bloc tout le chapelet, le plus haut et le plus loin possible ; hémostase et suture sans drainage.

Résection partielle. — La résection partielle est née du désir d'éviter les grandes mutilations, ainsi que les erreurs possibles de diagnostic histologique, et de la facilité, constatée dans plusieurs cas, d'extirper, aidé d'un bon éclairage, pour une brèche peu considérable, la tumeur et son point d'implantation.

Cette résection partielle peut se faire par la voie buccale et sans incision cutanée, ou, au contraire, en empruntant la voie externe de la résection totale.

A) *Voie buccale.* — L'un de nous a défendu la voie buccale et la résection économique que son élève Bichaton a exposées dans sa thèse de doctorat. Voici comment Bichaton décrit le procédé qu'il applique d'ailleurs indifféremment aux tumeurs intra-sinusales reconnues telles primitivement, ou seulement secondairement à l'occasion d'une intervention sinusale pour sinusite. Ce procédé ne diffère pas, au début du moins, de celui de Caldwell-Luc pour la cure radicale des sinusites maxillaires.

La fosse canine, mise à nu, est attaquée à la gouge. Par l'ouverture large ainsi réalisée, et sous le contrôle de la vue, aidé du miroir électrique, on débarrasse à la curette la cavité

de ses masses néoplasiques, ainsi que des portions voisines de la muqueuse dégénérée...

Quand une partie quelconque du maxillaire supérieur sera englobée dans la masse néoplasique, le procédé décrit, quoique restant vrai dans ses grandes lignes, différera sensiblement.

Dans ce cas, il est nécessaire de dépasser les limites de la tumeur et de réséquer toutes les portions d'os qui paraîtront atteintes de dégénérescence néoplasique. Ne pas les enlever serait vouer le patient à une récidive certaine. Il faudre réséquer plus ou moins ; mais il ne faudra pas cependant sacrifier à des idées trop larges tout le maxillaire supérieur si une partie seulement est malade. Et cette partie malade, l'ouverture du sinus nous la montrera bien mieux que ne le fera la simple inspection extérieure ; elle nous renseigne sur l'étendue de la tumeur et sur les prolongements qu'elle peut émettre.

S'agit-il d'une tumeur s'étant développée dans le plancher du sinus et s'étant localisée ensuite à la partie inférieure du maxillaire supérieur, la résection devra être faite sans hésiter.

Si le plancher de l'orbite est sain, on n'y touche pas, et l'esthétique de la face n'a qu'à y gagner.

S'agit-il, au contraire, d'une tumeur solide du toit du sinus ou du plancher de l'orbite, l'incision gingivo-génienne sera agrandie pour donner plus de jour, le périoste ruginé plus haut et la portion osseuse malade sera enlevée, la partie inférieure du maxillaire restant en place si on n'y trouve pas de traces de dégénérescence néoplasique.

Mais, dans tous les cas, il faudra toujours voir si la paroi nasale externe n'est pas atteinte par le processus morbide et si elle peut être conservée ; si elle est malade et doit être réséquée, chercher à tout prix à conserver la muqueuse nasale recouvrant cette paroi osseuse, car cette conservation représente un des grands avantages du procédé de résection partielle par voie buccale.

B) *Voie externe.* — La voie externe et la résection partielle ont été, dans ces derniers temps, bien réglées par J. L. Faure dans la *Presse médicale*.

« Lorsque le maxillaire supérieure est en partie seulement envahi par un néoplasme, il doit être également respecté, au

moins dans celles de ses parties qui ne sont pas malades. Les tumeurs malignes du maxillaire supérieur doivent être enlevées par morcellement à la pince-gouge. Cette façon de procéder permet, si l'on est bien outillé, d'enlever avec la plus grande facilité les tumeurs les plus étendues et de s'arrêter en chemin en épargnant les parties osseuses qui peuvent être respectées. »

Pour les tumeurs nées dans le sinus, et pour lesquelles il faut bien voir ce que l'on fait, Faure préconise l'incision externe de Liston.

Dans ces extirpations de tumeurs, il faut bien y voir. Il faut pouvoir se reconnaître, faire le départ entre les tissus sains et les tissus malades. Les considérations esthétiques, la dimension des cicatrices sont ici la dernière préoccupation que doit avoir le chirurgien, qui doit avant tout songer à guérir son malade et, par conséquent, à l'opérer le plus largement et le plus commodément possible.

L'incision faite, le lambeau est relevé en suivant l'os de près avec le bistouri, en décollant le périoste à la rugine. Si la tumeur est volumineuse et semble envahir la totalité de l'os, comme il arrive souvent pour les tumeurs nées dans le sinus, qui détruisent devant elles les parois osseuses qui les renferment, on l'enlèvera primitivement à la pince-gouge.

Dans un grand nombre de cas, on pourra conserver le plancher de l'orbite... Aussi, la paroi externe du sinus maxillaire au grand bénéfice de l'aspect ultérieur de la face beaucoup moins déformée.

... Dans certains cas, on pourra conserver en tout ou partie le plancher du sinus, la voûte palatine, avantage inappréciable pour le malade, pour la mastication et « la prothèse ultérieure ».

On terminera par la suture de la peau, la cavité étant tamponnée au moins pendant vingt-quatre heures. On pratiquera après l'ablation du tampon des lavages répétés, pour lutter contre la septicémie.

I. *Résection à la pince-gouge et par la voie externe.* — Ce n'est que l'extension du procédé de Faure que nous venons de décrire dans sa forme plus spécialement économique. Cela consistera, en allant devant soi à la rencontre des tissus sains, à enlever à la pince, maniée d'une main énergique, le ma-

xillaire entier, le malaire, l'ethmoïde, de vider l'orbite, et même de pénétrer dans le crâne.

II. *Résection totale classique.* — Cette résection peut être simple et limitée au maxillaire, ou compliquée d'exérèses et de mutilations plus ou moins étendues : résection de l'apophyse ptérygoïde, du massif ethmoïdal (y compris quelquefois la lame criblée), de tout le plancher de l'orbite, du globe oculaire, de l'os malaire, et aussi d'une grande partie des téguments de la face.

En réalité, cette opération n'est classique que lorsqu'elle est limitée au seul maxillaire ; en effet, toutes les exérèses supplémentaires se font le plus souvent à la pince-gouge ou à la curette, et comme cela se présente, sans ordre et sans description ordonnée possible.

Le procédé le plus généralement employé est le procédé classique de Nélaton.

De la prothèse immédiate après les résections totales du maxillaire supérieur. — De tout temps les chirurgiens ont essayé de parer aux inconvénients des résections totales ou partielles des maxillaires, et en particulier du supérieur, inconvénients que nous avons rappelés déjà et qui sont de deux ordres : esthétiques et fonctionnels.

Jadis, la prothèse était tardive, et les appareils, mal faits d'ailleurs, n'étaient appliqués qu'après la cicatrisation définitive de la plaie.

De nos jours, la prothèse tend à devenir immédiate, et c'est à Martin, de Lyon, que revient l'honneur d'avoir inauguré cette voie nouvelle.

La prothèse immédiate de Martin consiste essentiellement dans le remplacement au cours même de l'opération (dont elle devient un temps), de la portion d'os réséquée par une pièce prothétique provisoire, de même étendue, fixée aux fragments restants. Une fois la cicatrisation obtenue, cette pièce provisoire, dont la présence empêche toute déformation, est remplacée par un appareil définitif. L'appareil provisoire est perforé de canaux pour permettre le nettoyage de la plaie.

Autoplastie dans le cas d'exérèse plus ou moins étendue des téguments. — Il peut arriver dans les cas complexes et quand

la tumeur dépassant les limites antérieures de la fosse canine distend les téguments, que ceux-ci, amincis, ou même envahis, soient réséqués dans une assez grande partie. Il est bon d'essayer au bout de quelque temps, et si la récidive précoce ne se fait pas, de fermer cette vaste brèche qui résulte de la résection de l'os et des téguments sous-jacents par des lambeaux empruntés le plus souvent au cou, à la tempe ou au front.

Thérapeutique non opératoire. — Nous ne dirons que quelques mots des essais de radiothérapie tentés contre les tumeurs malignes du sinus maxillaire. Les résultats en sont fort peu nombreux et n'ont pas jusqu'à présent été plus concluants dans cette variété de tumeurs de la face que dans les autres néoplasmes profonds des membres.

Parmi les traitements médicamentaux employés dans ce cas, retenons les injections de sulfo-chlorydrate de quinine et les badigeonnages d'adrénaline.

Discussion de la valeur de ces procédés. — En résumé, les méthodes de traitement se réduisent surtout à une question d'intervention plus ou moins considérable, avec plus ou moins de mutilations ; et on ne peut guère les comparer que dans les cas où la tumeur, encore intra-maxillaire, ne se prête qu'à une intervention relativement localisée. Donc, résection totale d'une part, résection partielle de l'autre.

Pour Faure, la résection totale classique, opération très brillante sur le cadavre, ne peut être correctement exécutée qu'avec un maxillaire sain. Si le maxillaire est malade, il n'offre qu'une résistance insuffisante aux mors du davier ; il s'écrase, et, de toute nécessité, le chirurgien est obligé d'achever l'opération en arrachant, par fragments irréguliers, les lambeaux de la tumeur et du maxillaire envahi.

Donc, opération souvent impossible.

Contre la résection totale on a aussi invoqué un autre inconvénient, et qui n'est pas moins grave. Elle est souvent excessive.

Bichaton, qui défend la résection partielle et la voie buccale, objecte à la résection totale :

« En premier lieu, nul ne contestera qu'une résection partielle, si large soit-elle, n'est pas, malgré tout, une opération

aussi grave qu'une ablation complète. Dans ce dernier cas, il est certain que le traumatisme, le shock opératoire, est beaucoup plus violent, et l'intervention, qui provoque une perte de substance très étendue, sera loin d'être exempte de danger pour le patient. »

« ... En second lieu, et c'est un point de vue qui n'est certes pas à dédaigner, la résection partielle ne donne en général pas ou peu de déformation de la face. L'esthétique est conservée, même après une ablation assez large d'une partie de la paroi osseuse... Il est vrai qu'aujourd'hui cette déformation ne peut plus être un argument bien sérieux contre cette opération, car on la fait disparaître beaucoup plus facilement à l'aide d'appareils prothétiques... ; mais si la symétrie de la face arrive à être conservée, grâce à des appareils de soutien, il n'en subsiste pas moins une cicatrice externe...

Il est évident que lorsque le corps de l'os est envahi, que la tumeur détruisant les parois du sinus s'infiltre partout, l'ablation classique de l'os maxillaire devient difficile et n'est en somme qu'un morcellement déguisé.

Mais lorsque la tumeur intra-sinusale n'a pas encore pris de développement exagéré, quand elle se manifeste surtout par des symptômes locaux d'infection sinusale, il n'en est plus de même, et l'extirpation totale classique est aisée, ou du moins très faisable.

A côté des inconvénients signalés par Faure et d'autres, et qu'ils résument en son excessivité mutilante, il y a un avantage que nous rappellerons de suite :

C'est d'enlever d'un bloc contenu et contenant, avec le minimum de contact avec la tumeur ; par conséquent, d'offrir le minimum de chances d'inoculation de greffe cancéreuse.

Et, en chirurgie générale, cette question d'extirpation fermée ou presque des tumeurs cancéreuses est d'une importance capitale et règle toutes les techniques opératoires.

Il faudrait prouver aussi qu'une opération partielle, en fait de cancer, et qui est économique et partielle pour des simples raisons de forme, est de beaucoup supérieure ou égale à l'ablation totale du maxillaire, au point de vue de la gravité immédiate ou des récidives. Certes, la résection totale est plus longue

à exécuter qu'une résection à la pince-gouge. Elle donne aussi plus de sang, mais ce n'est qu'une question d'aide et de tamponnement. L'un de nous a, pour sa part, pratiqué un assez grand nombre d'interventions sur le maxillaire supérieur, pour tumeurs de cet os, par les deux procédés de la résection totale classique et de la résection atypique, partielle ou totale, à la pince-gouge. (Nous ne parlerons pas ici des simples curetages après ouverture du sinus, mais de véritables résections partielles, comme le fait Faure).

Reste la question des suites éloignées. Dans les cas de résection totale, nous étions sûrs, pièces en mains, d'avoir dépassé le plus largement possible les limites du néoplasme, au moins dans deux cas, les autres ayant été complétés par des curetages de l'ethmoïde, et l'un par l'exentération de l'orbite.

Dans les cas de morcellement à la pince-gouge, nous n'avons jamais été sûrs d'être à la limite du mal, et de plus il nous a paru que la récidive, car récidive il y eut, fut beaucoup plus rapide. Il est difficile de se fier à des chiffres et de comparer des tumeurs dont la structure n'est pas identiquement la même ; de plus, les malades viennent à des périodes de la récidive plus ou moins rapprochées du début ; mais voici ce que nous avons observé.

Après le morcellement, la récidive s'est faite le plus souvent dans les parties d'os, crues saines et respectées. Dans une série d'interventions secondaires, nous avons été forcés d'aller compléter l'opération primitive, en regrettant chaque fois de ne pas avoir été plus radical d'emblée.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

1° Il s'agit d'une tumeur enfermée dans le sinus et diagnostiquée néoplasme malin, cliniquement et aussi histologiquement par examen du fragment mouché, ou saillant par le méat dans la fosse nasale correspondante : d'emblée, résection classique totale, suivie ou non de prothèse immédiate ; prothèse secondaire s'il y a lieu ; ablation des ganglions.

2° S'il s'agit d'une tumeur découverte à l'occasion d'une cure radicale de sinusite et enfermée dans le sinus.

Les caractères cliniques sont indécis et ne permettent pas de poser le diagnostic de cancer sûrement. Prélever un fragment et remettre à une intervention finale après examen.

a) Tumeurs bénignes ou, à la rigueur, considérées comme peu malignes (épithéliome adamantin) ; curetage pur et simple du sinus avec ablation de la paroi sur laquelle s'implante la tumeur.

b) Tumeurs malignes : incision externe ; résection classique totale ; prothèse comme dans le cas précédent ; ablation des ganglions.

3° Il s'agit d'une tumeur extériorisée et ayant poussé des prolongements en dehors du maxillaire supérieur.

a) Les téguments ne sont pas envahis, mais seulement l'ethmoïde, la fosse nasale ; l'orbite n'est envahie qu'au niveau de son plancher ; enlever d'un bloc le maxillaire autant que possible, ou, s'il est trop friable, se servir de la pince-gouge qui, dans tous les cas, permettra de continuer l'intervention du côté de l'ethmoïde ; conservation de l'œil, si celui-ci ne présente pas de troubles ; sinon ablation et curetage de l'orbite ; ablation des ganglions.

b) Les téguments sont envahis. — L'extension du néoplasme à l'orbite, à la voûte palatine, au voile du palais, à la fosse nasale et même à la face du côté opposé, la grosse adénopathie contre-indiquent une opération abominablement mutilante et exceptionnellement grave chez des sujets cachectisés par des hémorragies et des suppurations répétées.

Traitement par la quinine, en injection et en badigeonnages, radiothérapie.

Celle-ci, d'ailleurs, dans tous les cas, pourrait être indiquée après l'ablation de la tumeur, et là, comme pour le sein, quelques séances pourraient être faites au niveau de la plaie opératoire.

II

LA TRÉPANATION DE L'OREILLE ET DU CRANE AU TOUR ÉLECTRIQUE

Par **Ricardo BOTEY**, de Barcelone.

Comme je l'avais vu faire en Allemagne, en Autriche, en Angleterre et en France, je pratiquais, depuis plus de quinze ans, les trépanations de l'oreille et du crâne, avec la gouge et le marteau, aidée des pinces à os et du trépan.

Le temps et l'expérience se chargèrent néanmoins de me montrer que la trépanation à la gouge et au marteau exposait à la blessure de la dure-mère, à l'ouverture du sinus latéral, à la lésion du facial et du canal semi-circulaire et à l'ébranlement des centres nerveux.

En outre, cette trépanation était lente; de façon que quelquefois, pour un évidement avec pénétration cranienne, il me fallait deux heures, et pour une radicale, assez souvent, plus de 45 minutes.

Quand j'eus connaissance de la méthode du professeur Doyen pour la trépanation des os avec ses fraises et son puissant tour électrique, il me vint de suite l'idée que l'on pourrait appliquer ce système à la chirurgie de l'oreille, en y faisant, bien entendu, certaines modifications.

Doyen, dans son ouvrage, dit (1): « L'emploie des scies mécaniques, des perforateurs et des fraises, pour la trépanation du crâne, remonte à des temps anciens.

« Ces instruments étaient maniés soit à la main, soit à l'aide de divers appareils rotatifs, comme ceux attribués à

(1) *Technique chirurgicale*, page 245 et suivantes, Paris, 1905.

Hippocrate et à Andréas et Cruce. Mais on ne disposait alors que de simples engrenages qui ne pouvaient donner à l'instrument ni vitesse ni puissance.

« La vulgarisation des petits moteurs électriques a remis momentanément à la mode, il y a quelques années, les scies mécaniques, dont les modèles antérieurs étaient pratiquement inapplicables.

« Ces scies électriques, beaucoup trop faibles, n'ont pas eu beaucoup plus de succès que les types antérieurs.

« Lorsque nous avons étudié cette question à propos de la chirurgie du crâne, un fait nous parut de prime abord évident : c'est qu'il était absurde de vouloir employer, pour entamer le crâne, des moteurs de 5 à 10 kilogrammètres, c'est-à-dire, très inférieurs à la force d'un homme vigoureux.

« Familiarisé depuis notre jeune âge à l'étude pratique de la mécanique, nous avons étudié l'action de divers types de moteurs et nous nous sommes arrêté à la puissance approximative de près de 1 cheval, soit de 60 à 75 kilogrammètres.

« Un tel moteur, tournant à 2,500 tours environ par minute, peut commander d'une manière satisfaisante une scie de 15 centimètres de diamètre et abattre un fémur sans même se ralentir.

« N'est-il pas de règle, dans tout atelier de construction mécanique, de disposer d'une force motrice très supérieure à celle que donnerait le calcul pour la commande des diverses machines-outils ?

« Une lacune existait : comment relier à notre moteur les divers instruments que nous avions étudiés. Les modèles de cordons souples n'étaient pas assez résistants »... Doyen fit donc construire des cordons flexibles d'une puissance suffisante pour recevoir sans se fausser, en pleine marche, la totalité de l'effort du moteur. Il fit aussi construire un manche à direction variable, des scies circulaires de différent diamètre, des fraises et des forets.

Les scies portent une rondelle de métal nickelé numérotée par millimètres qui correspond à la saillie restante des dents. Il est ainsi facile, d'après Doyen, pour le crâne, de ne section-

ner que la table externe, en adaptant à la scie une rondelle marquée d'un chiffre inférieur à l'épaisseur en millimètres de l'os, visible au niveau d'un trou de fraise. Mais l'épaisseur du crâne est variable, très variable, non seulement d'un individu à un autre, mais chez le même individu à une petite distance du point où agit la scie. Cela fait que la scie circulaire (*fig.* 1),



Fig. 1.
Scie circulaire mue par le tour électrique.

malgré les grands avantages de sa rapidité, est excessivement dangereuse pour la dure-mère, plus dangereuse même que la couronne de trépan, dont on ne fait presque plus usage aujourd'hui (*fig.* 2).

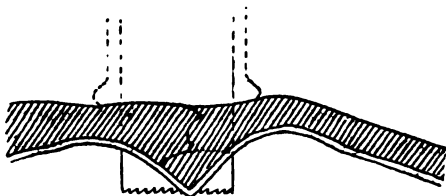


Fig. 2.
Action du trépan sur le crâne et la dure-mère ; celle-ci est blessée.

Pour ces raisons, j'ai abandonné les scies et le trépan, pour ne me servir que des fraises, avec lesquelles je fais presque tout : évidement, perforation cranienne initiale, section des parois du crâne, agrandissement de l'ouverture auriculaire vers la fosse cérébrale moyenne ou postérieure.

L'idée de ces fraises appartient, comme l'on sait, au Dr Doyen. Ces fraises, de 12 à 16 millimètres de diamètre, sont

taillées de telle manière que la dure-mère ne puisse être blessée au moment de la perforation de la table interne (*fig.* 3). En

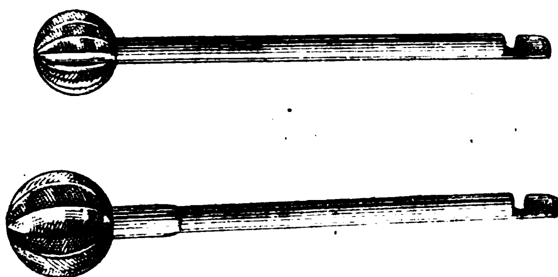


Fig. 3.
Fraises sphériques de Doyen de 16 et de 12 millimètres.

effet, les arêtes coupantes des fraises placées à la façon de méridiens au tour de l'axe, s'aplatissent sur le pôle distal de la fraise sphérique et quand celle-ci tourne elle ne fait que pousser la dure-mère sans la perforer (*fig.* 4).

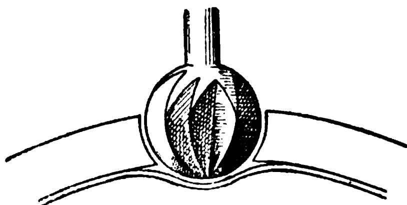


Fig. 4.
Action de la fraise de Doyen sur la dure-mère ; celle-ci est poussée sans lésion.

Mais les fraises de Doyen sont, pour l'oreille, trop grandes et trop puissantes, et, en outre, il n'est pas nécessaire d'employer une force de 75 kilogrammètres pour trépaner le crâne. Un moteur d'un tiers de cheval, soit équivalent à 25 kilogrammètres, est, pour ce faire, amplement suffisant.

Depuis près de quatre ans j'opère la mastoïde, l'antre, l'attique, le labyrinthe et les parois du crâne avec une série de petites fraises, de différentes formes fabriquées d'après mes indications par Hirschmann, de Berlin.

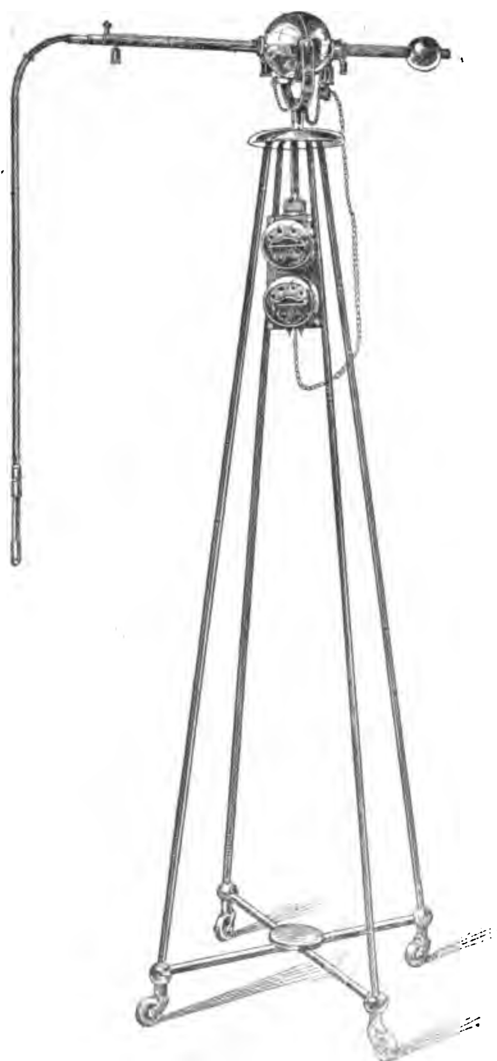


Fig. 5.

Moteur électrique de 25 kilogrammètres et haut support pour la chirurgie du crâne.

Le moteur est très élevé, il a 2 mètres de hauteur, pour qu'il ne gêne pas les manœuvres, le bras flexible descendant sur le champ opératoire et le moteur pouvant ainsi être placé très près de la table d'opération (*fig.* 5). Ce moteur peut marcher à six vitesses différentes et s'arrêter instantanément.

La trépanation de l'oreille et du crâne avec les instruments rotatifs ne s'est guère généralisée en Europe. En France surtout on la méconnaît complètement; malgré ses avantages positifs on n'en fait presque pas d'usage; à mon avis, par manque d'habitude, par défaut d'entraînement et parce que l'on ne possède pas des fraises de forme et de dimensions appropriées à la difficile chirurgie de l'oreille. On essaye une fois avec des instruments imparfaits, et puis on revient à la gouge et au martillet, en disant que la fraise et le moteur électrique ne sont pas applicables à la trépanation de l'oreille.

Ceci est une erreur ; quand on possède une instrumentation appropriée et que l'on sait la manier, la trépanation de l'oreille et du crâne avec les fraises et le tour électrique est incontestablement supérieure à celle exécutée avec la gouge et le maillet, comme nous allons le démontrer.

Voici comme nous procédons.

Mastoïdo-antrotomie. — Incision de la peau et séparation du périoste, etc. J'applique la fraise sphérique, de 12 millimètres de diamètre, sur la corticale mastoïdienne, au niveau du trapèze chirurgical, en tenant le manche comme une plume à écrire, ou comme un archet de violon, selon la crainte que nous ayons qu'il existe ou non procidence du sinus latéral. Exerçant alors une pression modérée sur l'os, si les arêtes coupantes de la fraise sont bien placées, les révolutions de l'instrument labourent, dans l'espace de quelques secondes, une cavité, qui s'agrandit jusqu'à mettre à découvert les cellules centrales et périphériques de l'apophyse.

Prenant alors une fraise un peu plus petite, je la passe vers l'antre, en arrière et un peu en dessus du conduit auditif externe osseux, et je creuse un tunnel jusqu'à la proximité de l'aditus, après avoir découvert l'antre tympanique (*fig.* 6).

Si l'accumulation de poussière d'os entre les dents de la fraise et dans la cavité osseuse encombrait la vision, un aide

se chargera de lancer un mince filet d'eau stérilisée sur la fraise et sur le champ opératoire.

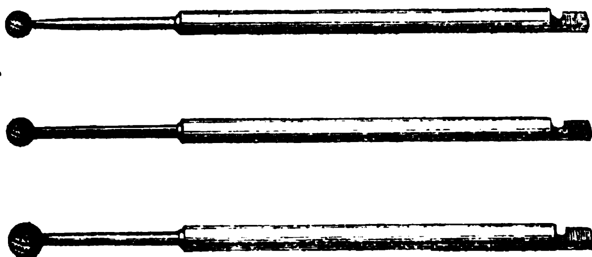


Fig. 6.
Petites fraises sphériques de Botey pour l'antro-atticotomie.

Pour éviter la blessure du sinus transverse, je mets le pôle distal de la fraise sphérique dans la direction du sinus. Si celui-ci est procident, on voit, comme il m'est arrivé plus d'une fois, les lames de l'os bleuir, à mesure que l'on les perfore et que l'on se rapproche du sinus, et on le met à découvert sans le moindre danger, quand même la fraise a touché ses parois fibreuses, la fraise glisse sur ces parois sans les entamer.

Le curetage de l'os sur le sinus avec la fraise est réellement facile et sûr, même entre les mains d'un débutant, à la place que, avec le ciseau et le maillet, on est constamment exposé à ouvrir accidentellement le sinus à la moindre échappée de la pointe coupante de l'instrument.

Antro-atticotomie. — J'utilise des fraises encore plus petites (*fig.* 7) de forme sphérique et aussi des fraises conico-oli-

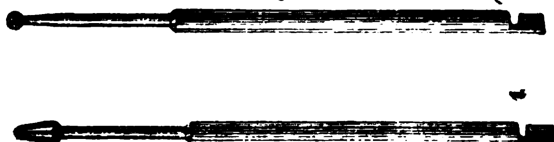


Fig. 7.
Très petites fraises, olivaires et sphériques, de Botey pour l'attique et le labyrinthe.

vaires construites par Hirschmann, de Berlin, d'après mes indications.

La corticale et l'antre une fois ouverts, je commence par séparer la paroi postérieure du conduit auditif osseux, avec une fraise sphérique de 7 à 8 millimètres, jusqu'à la moitié de la profondeur de ce conduit. Alors, avec une fraise olivaire ou sphérique de 3 ou 4 millimètres, je ronge la moitié supérieure de la paroi postérieure du conduit jusqu'à l'*aditus*. Une fois ici, sans protecteur d'aucune sorte et sans mettre de la gaze au fond du conduit, comme le font Geronzi et Compaired, pour préserver le facial et le conduit semi-circulaire externe, j'attaque les parois externes de l'aditus et de l'attique avec des fraises cylindriques à extrémité lisse, construites aussi, d'après mes indications, par Hirschmann, de Berlin. Mes fraises cylindriques constituent en réalité un perfectionnement technique au moment le plus dangereux de l'opération de Stacke (*fig.* 8).

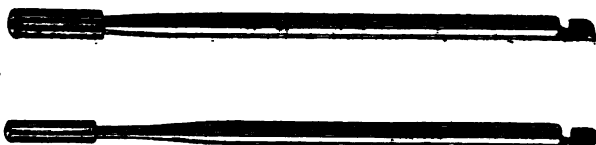


Fig. 8.
Fraises cylindriques de Botey pour la paroi externe de l'attique.

Elles ont été longuement éprouvées par l'expérience, puisque je m'en sers avec satisfaction depuis plus de trois ans. La série de ces fraises est de trois, la plus forte a 5 millimètres de diamètre, les deux autres 4 et 3 millimètres respectivement ; ce sont ces dernières qui servent presque toujours, car le calibre de 5 millimètres expose plus à blesser les organes voisins et encombre le conduit.

On place la fraise contre le bord inférieur de la paroi externe de l'attique et celle-ci est rongée en quelques secondes, sans toucher même à la paroi labyrinthique avec la fraise, ce qui constitue un grand avantage.

En effet, séparer le mur de la logette constitue une opération difficile et délicate, qui expose beaucoup à la blessure du facial et du canal horizontal. La moindre échappée de la gouge

peut lésionner la paroi interne de la caisse, si on emploie le manuel opératoire de Stacke, et son protecteur peut enfoncer le canal de Fallope, luxer l'étrier ou perforer le toit de la caisse, s'il n'est pas bien en place.

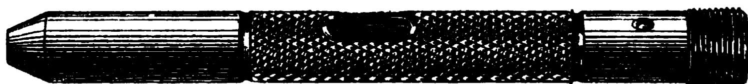


Fig. 9.
Manche ordinaire pour les fraises.

Pour éviter cette maudite blessure du facial, la *brutta bestia* de l'otologiste, comme dirait mon ami le Dr Gradenigo, de Turin, j'ai dans le temps utilisé la scie de Gigli et dernièrement la pince de Citelli. La scie de Gigli est très difficile à bien placer, tant du conduit à l'aditus comme de celui-ci au conduit ; la pince de Citelli, au contraire, peut être considérée comme un excellent instrument, dont je me sers encore dans de certaines occasions.

Mais ce qu'il y a de plus sûr pour l'attique ce sont mes fraises cylindriques, avec lesquelles on opère de la façon suivante : On tient la fraise comme une plume à écrire, le plus près possible de son extrémité, pour que celle-ci ne bouge pas, de la place où nous l'avons mise. Pour ce faire j'ai fait dernièrement construire un manche à extrémité conique plus grêle, qui ne permet que la saillie de 2 ou 3 centimètres de l'instrument (*fig.* 10) ; de cette façon l'extrémité des doigts peut se rapprocher beaucoup de la partie agissante de la fraise.



Fig. 10.
Manche de Botey pour assurer l'immobilité des petites fraises en le tenant près de la pointe.

La fraise, introduite parallèlement au conduit jusqu'au contact du promontoire, est après retirée 1 ou 2 millimètres, en

l'appuyant latéralement de bas en haut et un peu d'avant en arrière contre la paroi de l'attique. Nous avons déjà dit que, en faisant agir l'instrument à une vitesse modérée, dans l'espace de quelques secondes, le mur de la logette est abattu, jusqu'à ce que sa base se continue, d'une part avec le toit de la caisse, et d'autre part avec la paroi supérieure du conduit auditif externe. Avec ces fraises on peut séparer le mur de la logette sans toucher les osselets,et, quand le conduit est large, il est même possible de réséquer la paroi externe de l'attique sans décollement du pavillon et du conduit membraneux.

Pour bien fixer, dans de certains cas, l'action des fraises cylindriques sur un point déterminé de la paroi de l'attique,

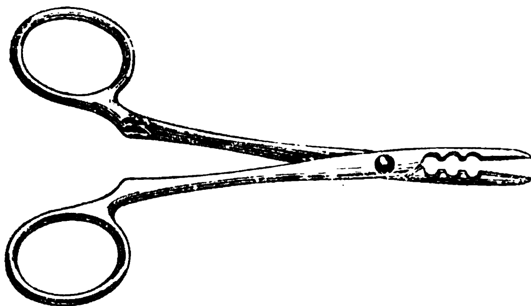


Fig. 11.
Pince de l'auteur pour maintenir la tige des fraises pendant leur rotation.

j'ai récemment fait construire des pinces, dont les mors possèdent des encoches rondes de dimensions différentes adaptables à la grosseur variable des tiges des fraises (*fig.* 11). En tenant le manche de la fraise de la main droite, comme un poignard, on prend la tige de la fraise, avec la pince, de la main gauche, et on la place convenablement. La fraise mise en mouvement agit alors sans la plus petite glissade vers la paroi du labyrinthe et sans que la pince empêche sa rotation.

La trépanation mastoïdienne et l'opération radicale à la fraise, sont aussi très avantageuses quand on veut opérer le malade avec l'anesthésie locale. On sait qu'aujourd'hui on

évide, en Allemagne et surtout à Vienne, beaucoup de malades, sans la narcose. Le patient ne perçoit alors pas, si on opère avec la fraise, les terribles coups de maillet frappés sur son crâne, qui produisent toujours une si mauvaise impression, malgré que l'on tâche de le distraire en le faisant constamment causer pendant l'opération.

Trépanation du labyrinthe. — Pour ce faire, je me sers de très petites fraises olivaires et sphériques de 1 à 2 millimètres de diamètre, un peu plus minces que celles représentées sur la figure 8. C'est aussi Hirschmann qui me les a fabriquées. Avec ces fraises, on peut, mieux qu'avec ma petite gouge, décrite dans mon *Tratado de otorino laringologia* (p. 281), exécuter des délicates manœuvres sur la paroi labyrinthique, sans crainte de fracturer la mince lame osseuse. Ces fraises s'échauffent à peine, et le cas échéant un aide se charge d'irriguer la fraise, ce qui en même temps sert pour nettoyer le champ opératoire de la poussière d'os.

L'unique inconvénient que je trouvais au commencement de son usage, à la fraise [1], était sa facilité de se briser à l'intérieur de l'os très compact qui constitue le rocher. Il peut même arriver que le bout de la fraise reste profondément enclavé dans l'os sans pouvoir être retiré, comme j'en ai publié un cas. Ceci est dû à ce que la tige de la fraise est trop grêle ; il suffit, pour éviter sa cassure, que cette tige possède un calibre presque aussi fort que celui de la même fraise. Mes fraises actuelles pour le labyrinthe sont ainsi construites.

Trépanation cranienne. — Jamais, je n'utilise, il est bien entendu, le trépan à arbre, la tréphine anglaise ou la scie circulaire, pour les raisons déjà exposées. J'agrandis l'ouverture auriculaire, vers la fosse cérébrale moyenne ou vers la postérieure, avec la pince-gouge, après décollement de la duremère sur les bords de l'orifice, ce qui permet d'élargir autant que l'on veut et assez rapidement la brèche cranienne ; la pince écrase le diploé en même temps qu'elle le coupe, d'où moindre hémorrhagie,

[1] Voir mon travail : *Trois cas de trépanation du labyrinthe* (« Ann. des m. de l'oreil. », etc., décembre 1903).

Mais pour le fond de la cavité auriculaire on trouve toujours des difficultés pour faire agir les diverses pinces osseuses, malgré leur minceur relative et leur courbure appropriée ; ce n'est que quand on s'est rapproché de l'écaille ou de l'occipital, que l'on trouve moyen de bien faire mordre l'instrument. Il faut utiliser dans ces circonstances mes ciseaux à double épaulement courbés sur le bord ou sur le plan, selon les besoins, et on arrive ainsi doucement, sans blesser la dure-mère, à élargir suffisamment la brèche osseuse.

Pour ce faire, il est encore préférable, même pour le *tegmen tympani* et pour le *tegmen antri*, de se servir de la fraise ; celle-ci, quand on a l'habitude, agit avec autant de facilité et de sécurité, comme pour la mise à découvert du sinus latéral, et en outre le shock opératoire est dans tous les cas bien moindre qu'avec la gouge et le maillet. Cette circonstance doit être tenue en sérieuse considération quand il existe imminence de complication cérébrale.

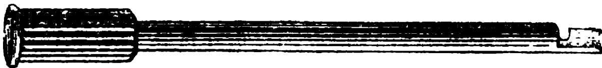


FIG. 12.
Fraise cylindrique boutonnée, de Botey, pour agrandir l'ouverture auriculaire après la trépanation.

Une fois arrivé à la base de l'écaille ou près du bord postérieur de l'apophyse, j'agrandis aussi la brèche cranienne avec des fraises cylindriques boutonnées que j'ai dernièrement imaginées (chez Hirschmann, Ziegeletrasse, 30, Berlin). Ces fraises *fig.* 12), ont à leur extrémité inférieure un rebord d'un millimètre d'épaisseur qui glisse sous la table interne du crâne, facilitant ainsi la résection des parois craniennes sans danger de blesser les méninges. Ces fraises ont, l'une 5 millimètres, l'autre 6 et l'autre 7 millimètres d'épaisseur et leurs dents sont assez coupantes pour entamer rapidement l'os. Pour s'en servir, on place, l'extrémité lisse et boutonnée, entre la dure-mère, et la face latérale de la fraise contre le bord osseux. La fraise une fois en marche, on tire un peu à soi l'instrument pour que le rebord inférieur de la fraise s'insinue sous la table interne sans pousser la dure-mère.

Mais, malgré tous les soins et précautions, il arrive quelquefois, surtout quand le moteur marche très rapidement, que l'extrémité de la fraise fait un faux mouvement et glisse brusquement un peu vers un des côtés. Pour éviter ces petits écarts je me suis fait construire dernièrement un anneau stellaire, soutenu par un fort manche, qui est destiné à immobiliser l'extrémité de la fraise une fois en place (*fig.* 13). On tient cet instrument de la main gauche, pendant que la tige de la fraise tourne appliquée contre un des angles de l'étoile.

Les fraises laissent toujours et de prime abord des surfaces lisses et polies, et non rugueuses et inégales comme les ciseaux et la pince-gouge, en empêchant la production d'esquilles et de fêlures osseuses qui peuvent être nocives.

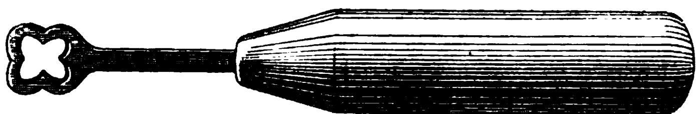


Fig. 13.
Anneau stellaire de l'auteur pour fixer la tige des fraises.

Tous ceux qui, depuis quatre ou cinq ans, m'ont vu, à ma clinique, opérer l'oreille et le crâne avec les fraises et le tour électrique, ont toujours été si convaincus de leur supériorité, qu'aujourd'hui aucun d'eux ne soumettrait sa propre tête à l'action de la gouge et du maillet. Pour cette raison, je demeure profondément surpris de voir que la trépanation avec les instruments rotatifs ne se soit pas généralisée comme elle mérite, et je crois cela dû à ce que le moteur est un peu encombrant, ne peut pas être porté à domicile, et surtout, à ce que l'on n'est pas familiarisé avec son usage ; car il n'existe pour moi le moindre doute qu'il y a un bien plus grand danger à se servir du ciseau et du maillet, qui peut, tout à coup être poussé vers le cerveau, le sinus, le cervelet ou du côté du labyrinthe que de la fraise, mue par le tour électrique.

Il ne faut pas oublier que l'ouverture accidentelle du sinus transverse a été, nombre de fois, occasionnée par la gouge ou le ciseau, mais, comme il est naturel de le supposer, la plu-

part des cas n'ont pas été publiés à cause de leur terminaison fatale.

En outre, les coups de maillet ont été cause de la rupture du tegmen tympani, du toit de l'antre ou de la paroi de la loge sigmoïdienne, avec déchirure des granulations protectrices, et consécutive pénétration du pus dans le cerveau ou le cervelet. Les violentes secousses du maillet ont aussi produit l'ouverture d'un abcès qui a déversé son contenu dans le ventricule latéral ou dans la cavité arachnoïdienne.

Résection ostéoplastique du crâne. — Dans cette méthode, basée, comme l'on sait, sur le fait qu'un fragment osseux peut continuer à vivre et se souder aux parties voisines à condition qu'il ait conservé ses connexions avec le périoste et les parties molles qui le recouvrent, les fraises montrent encore plus leur grande supériorité sur la scie circulaire et sur le trépan.

La scie circulaire de Doyen doit être réservée exclusivement pour les os des extrémités. Pour les résections larges des parois du crâne, j'emploie depuis deux années l'instrumentation du Prof. Borchardt, de Berlin, avec lequel la protection de la dure-mère est assurée, en même temps qu'il permet d'opérer rapidement. Toutes les pièces de cet instrumental sont stérilisables.

Il se compose de deux manches et de deux séries de fraises.



Fig. 14.
Manche de Borchardt, avec sa fraise-vrille, pour la perforation initiale du crâne.

La perforation initiale se fait avec la fraise-vrille, qui se monte sur un manche spécial. Ce manche possède, à une de ses extrémités, un anneau protecteur qui se vise plus ou moins et limite ainsi la pénétration de la fraise (*fig.* 14). Le diamètre de ces fraises est de 8 à 12 millimètres et elles produisent, en perforant le crâne, une trépidation bien moindre que les fraises de Doyen.

La fraise-vrille s'applique perpendiculairement sur la surface du crâne, le manche de la fraise tenu comme un poignard (*fig.* 15). La pratique de ces fraises montre bientôt à

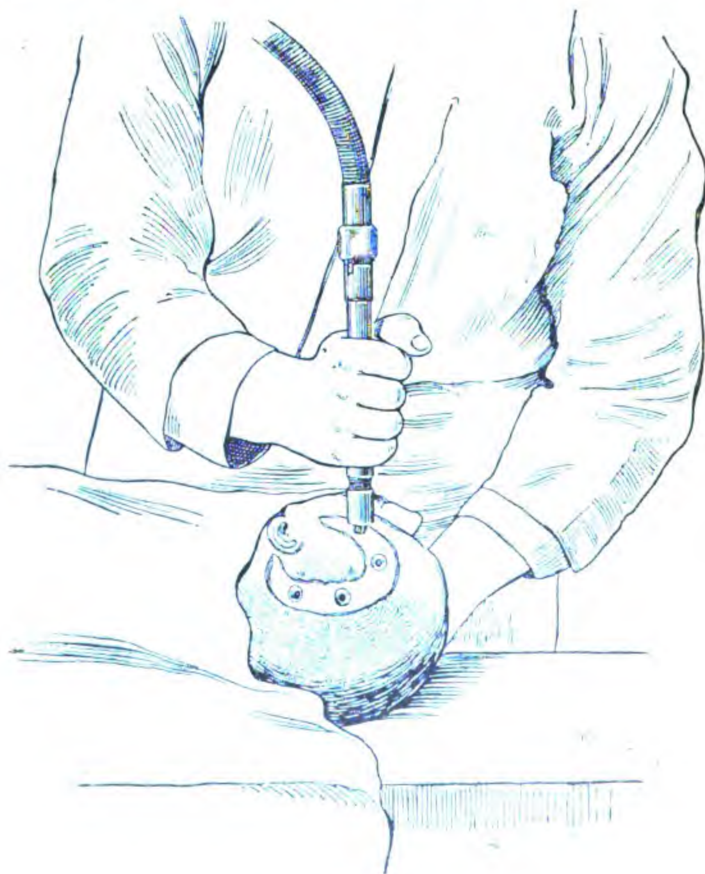


FIG. 15.
Manière d'appliquer la fraise-vrille de Borchardt.

connaître la profondeur à atteindre et par conséquent la portion de fraise qui doit ressortir en dehors du protecteur. J'ai l'habitude, comme mesure de prudence, de rester toujours en

deça de l'épaisseur d'os calculée, quitte à faire ressortir un peu plus la fraise, à deux ou trois reprises, jusqu'à effleurer et à perforer légèrement la table interne.

La lamelle d'os qui reste est alors facilement séparée avec la sonde canelée ou avec la pince-gouge de Citelli.

La perforation exécutée on passe à une autre, etc., et on relie les ponts osseux intermédiaires, par des sillons profonds creusés sur le crâne avec les fraises-foret de Borchardt. Ces fraises (centre de la *fig.* 16) labourent le crâne d'une manière analogue à un soc de charrue.

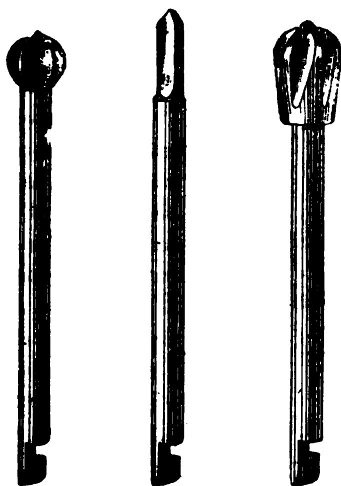


Fig. 16.
Fraises-vrille et fraise-foret (celle du centre de la figure) de Borchardt.

Pour ce faire, la fraise est montée sur un manche *ad hoc* (*fig.* 17) qui peut être réglée au moyen d'un système spécial suivant la profondeur (en millimètres) que l'on veut atteindre.

Pour opérer, on tient la poignée comme un porte-plume et on la pousse en avant. Une butée d'appui, servant en même temps au réglage de la profondeur du sillon, permet de donner à la poignée et à la fraise une inclinaison de 45°. Pendant l'opération, on observe la progression de l'entaille à travers

la butée d'appui afin de donner à l'instrument la direction nécessaire (*fig.* 18).

L'épaisseur d'os entamée par le sillon, doit comprendre la table externe et presque tout le diploé, devant laisser une couche en contact de la dure-mère, de 1 millimètre à 1 millimètre et demi, comprenant la table interne. Comme l'on s'est rendu compte au préalable de l'épaisseur de l'os, par les perforations de la fraise-vrille, on peut bien régler d'avance la saillie du foret-soc.

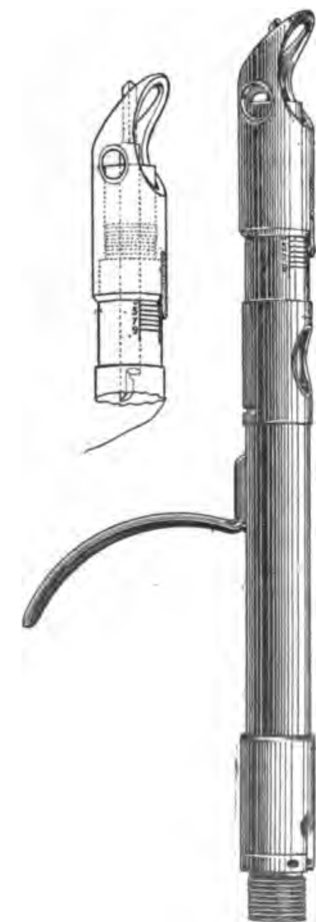


Fig. 17.
Manche pour creuser le sillon sur le crâne.

Pour achever la section du crâne on peut employer le ciseau craniotome, la pince de Citelli ou celle de Dalgren, dont la coupe presque linéaire s'insinue entre les bords du sillon creusé. Si ce sillon n'était pas assez profond, on repassera de nouveau le foret-soc qui labourera une deuxième fois sur la même place, après avoir fait ressortir d'environ 1 millimètre de plus, la pointe de la fraise.

Mais pour séparer facilement cette portion de table interne, il n'y a rien de mieux que de faire servir une petite fraise boutonnée que m'a aussi construit Hirschmann.

Cette fraise (*fig.* 19) est longue et mince, possède un petit bouton plat à son extrémité et ses dents en spirale rongent rapidement la lame osseuse pendant la rotation de l'instrument. Pour éviter l'échauffe-

ment de cette fraise et la brûlure consécutive de la dure-mère, il faut que l'épaisseur d'os à sectionner ne soit guère plus épaisse que d'un millimètre. En outre, pour ne pas frotter la dure-mère, le petit bouton de la fraise, une fois insinué sous le sillon, doit le suivre bien perpendiculairement, en glissant

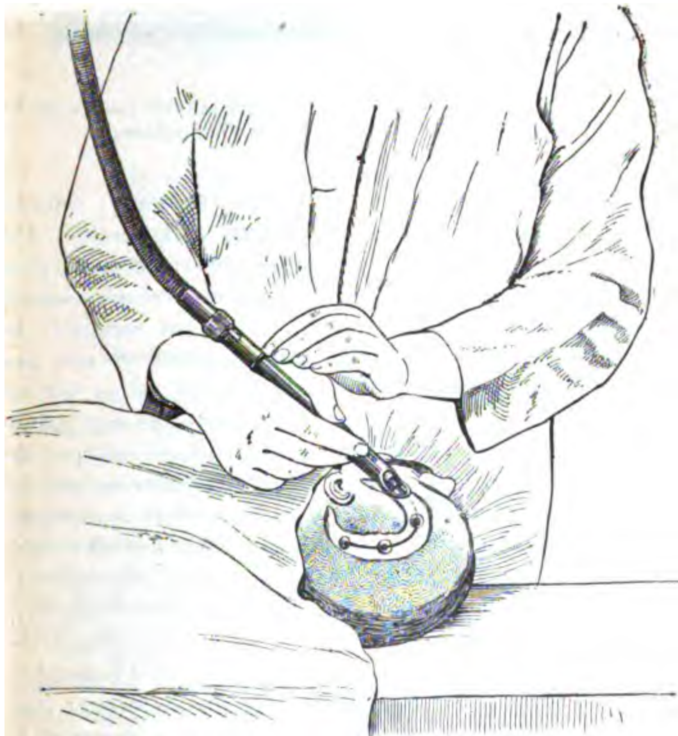


Fig. 18.
Manière de labourer le sillon crânien avec la fraise-foret de Borchardt

à frottement mousse sous la table interne, ce qui s'obtient en tirant un peu en dehors la poignée de l'instrument.

Somme toute, pour la trépanation de l'oreille et du crâne, le trépan, la tréphine et la scie circulaire doivent être définitivement abandonnés.

.Pour ce qui est des ciseaux et des gouges, on doit quelquefois encore, dans de certains moments, en faire usage; on peut dire à peu près la même chose des pinces à os, surtout de la pince de Citelli, qui a vraiment des avantages pour la paroi de l'attique.



Fig. 19.
Fraise à petit bouton, de Botey, pour sectionner la table interne, après avoir creusé, avec la fraise-foret, le sillon crânien.

Quant aux fraises diverses et le tour électrique; ceux-ci doivent faire la plus grande part des frais de l'opération. En agissant ainsi, l'opération sera conduite plus rapidement, plus régulièrement et plus sûrement. Les surfaces creusées seront plus lisses, les centres nerveux ne seront pas ébranlés, la dure mère ne sera pas blessée, le sinus transverse ne sera pas ouvert, ni le facial, le canal horizontal lésé, etc., si on fait un prudent usage des fraises sphériques de Doyen, de mes petites fraises sphériques et cylindriques pour l'antre et l'attique, de mes fraises cylindriques boutonnées, et de l'instrumental de Borchardt, pour l'agrandissement de l'ouverture auriculaire et les résections larges des parois du crâne. Tout ceci, en tenant bien compte que l'usage des fraises ne doit pas être exclusif, comme le veut, par exemple, A. Barkan, de San Francisco.

L'usage des fraises trouvera encore, pendant longtemps, de sérieux obstacles, dont le principal est le manque d'habitude; mais que l'on fasse de fréquents essais sur le cadavre et l'on se convaincra vite de sa supériorité réelle sur la gouge et le maillet universellement employés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

SESSION DE MAI 1907 (¹)

Sous la présidence du Dr Bonain (de Brest).

Première séance, lundi matin 13 mai.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Messieurs,

« Je vous remercie du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider cette année vos séances.

« Au début de cette session, mes premières paroles doivent exprimer nos regrets profonds de la perte de notre dévoué secrétaire-général, le Dr Joal, terrassé par la maladie, dont les menaces transparaissaient déjà, l'an dernier, pendant nos réunions.

« Elève de Fauvel, exerçant notre spécialité à la station thermale du Mont-Dore, Joal s'était acquis une réputation méritée dans l'étude et le traitement des maladies de la voix.

« Son ouvrage : *De la respiration dans le chant*, a conquis une notoriété du meilleur aloi ; ses *recherches spirométriques dans les rhinopathies*, ses études sur le *classement des voix*, ses observations judicieuses et variées tendant à établir l'influence pathogénique des réflexes issus de la muqueuse nasale et des diverses amygdales, assurent à son nom une place des plus honorables en laryngologie.

« Secrétaire-général de notre société, depuis sa reconstitution, Joal fut l'homme actif, bienveillant et dévoué que vous avez connu et dont l'absence se fera vivement sentir au cours de nos séances qu'il animait de sa bonne humeur conciliatrice.

(¹) Compte-rendu par Robert Leroux.

« Un de nos confrères a spirituellement marqué le rôle important que tenait Joal dans notre société, en écrivant que le grand ressort de la *Société française* était cassé !

« Pour moi, Messieurs, je ne doute pas que parmi vous, il ne se trouve d'assez habile ouvrier pour remplacer, au mieux, ce grand ressort qui nous manque, par un autre tout aussi bien trempé.

« La mort, au cours de cette année, nous a frappés à coups redoublés. Elle a fauché d'un geste inégal, et le centenaire MANUEL GARCIA, membre d'honneur de notre Société, et notre jeune confrère SARREMONE injustement ravi à l'affection de ses parents et de ses amis, à l'estime de ses collègues.

« Mais, la vie est plus forte que la mort ! Et notre vitalité s'affirme, par l'afflux incessant de nouveaux membres qui viennent combler, et au delà, les vides faits dans nos rangs et nous infusent périodiquement un sang nouveau, généreux et jeune.

« Nos séances, toujours des plus suivies, attirent à l'envi membres français et étrangers. Nombre d'entre eux sont devenus des habitués de nos sessions ; et chaque année nous les retrouvons ici, véritables amis qu'il nous est agréable de revoir et d'entendre.

« Nous avons, cette fois, l'honneur de posséder parmi nous : MM. BOTEY (de Barcelone), BROECKAERT (de Gand), DELSAUX, HENNEBERT et CHEVAL (de Bruxelles), DE PONTHIÈRE (de Charleroi), TRÉTROP (d'Anvers), LEJEUNE (de LIÈGE), BAUDOIN (de Namur), MERMOD (de Lausanne), GALDIZ (de Bilbao), ROY (de Montréal), PACHOPOS (de Symi), TSAKYROGLOUS (de Smyrne), ZIEM (de Dantzig).

« Au nom de la Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie, je leur souhaite la bienvenue. »

MOURE (de Bordeaux). — **Considérations cliniques sur la laryngectomie.** — L'extirpation du larynx, qui a été considérée pendant longtemps comme une opération des plus graves, est devenue, depuis quelques années, un peu moins mortelle, grâce aux précautions prises par les opérateurs, la plupart du temps spécialistes, pour éviter l'entrée du sang dans les voies aériennes.

Il faut considérer, à l'heure qu'il est, que la gravité vient plutôt de la crainte des récidives, du mauvais choix des malades et de la période tardive à laquelle on opère, que de l'intervention elle-même.

Moure expose, d'après sa pratique personnelle, la technique opératoire qu'il convient de suivre avant, pendant et après l'opération.

1° Avant, il faut choisir son malade, tant au point de vue de l'état général que de la localisation endo-laryngée de la lésion, sans répercussion sur les ganglions.

2° Préparer son opéré en ayant soin de faire l'asepsie et l'antisepsie de la bouche.

3° L'opération peut être faite le malade étant couché, sur la table d'opération, en position habituelle, sans employer la canule de Hahn ou de Trendelenburg, à la condition cependant de faire son hémostase au fur et à mesure que l'on incise les tissus de manière à éviter l'entrée du sang dans les voies aériennes.

Il est préférable de passer dans l'estomac une sonde œsophagienne passant par le nez et de la laisser en place pendant un minimum de douze ou quinze jours, même davantage si l'on peut.

La plaie peut être réunie complètement par première intention en ayant soin, comme l'a déjà fait l'auteur en 1890, de suturer l'œsophage au-dessous de l'os hyoïde.

Le drain placé dans la plaie peut être enlevé deux ou trois jours après l'opération.

Moure discute également la question de savoir s'il est préférable de faire la trachéotomie au moment de l'opération ou quelques jours avant. Peut-être cette dernière manière de procéder habitue-t-elle le malade au port de sa canule et rend-elle l'intervention un peu moins grave. Toutefois le fait n'est pas encore établi d'une façon positive. Du reste, très souvent, on a dû ouvrir la trachée pour parer aux accidents asphyxiques qui ont précédé l'opération.

Jacques partage entièrement l'avis de Moure relativement à l'opération en deux temps : trachéotomie ou suture trachéale d'abord, puis extirpation du larynx. Il estime en effet, ainsi qu'il l'a soutenu dans un travail déjà ancien, que le traumatisme opératoire, par son action sidérante sur la défense bronchopulmonaire, joue un rôle tout aussi important que l'aspiration d'éléments septiques dans la genèse des accidents post-opératoires, qui assombrissent si gravement le pronostic. En fractionnant le traumatisme, en laissant à la muqueuse pulmomaire le temps de s'accoutumer au contact de l'air extérieur directement introduit avant de procéder à l'exérèse, on réduit considérablement l'un des principaux éléments de gravité de l'opération.

Cauzard s'inquiète de savoir quel était l'état de la plaie opératoire des deux malades morts de cachexie ? La sonde œsophagienne est utile et nécessaire, elle doit être placée avant la résection œsophagienne qu'elle facilite.

A la trachéotomie préventive, il faut préférer *la section primitive de la trachée*, puisqu'elle doit toujours être faite, et il faut autant que possible pratiquer l'ablation du larynx dans un deuxième temps. L'opération plus facile pour l'opérateur est *beaucoup moins dangereuse pour le malade*.

La canule de Lombard est très précieuse mais elle ne peut donner la sûreté du procédé en deux temps. Une malade, opérée par Le Bec et nous, vivait encore quatre ans après cette intervention. La résection œsophagienne dépend de l'envahissement de la muqueuse de la face postérieure des aryténoïdes qui nécessite des résections quelquefois trop considérables.

LOMBARD. — Il y a lieu d'envisager les résultats immédiats, ceux qu'on obtient aussitôt l'opération terminée, les résultats tardifs, enfin les résultats éloignés, dont nous ne nous occuperons pas ici.

Il est un certain nombre de malades chez lesquels on ne saurait prévoir un résultat favorable même immédiat, ceux dont l'état général est gravement compromis par la cachexie due à l'évolution trop ancienne de l'épithélioma, ou ceux qui sont porteurs d'une tare organique : insuffisance hépatique, rénale, etc... ces malades ne pouvant même pas faire les frais d'une opération importante.

Ces restrictions générales étant faites, et en admettant une lésion relativement limitée, sans retentissement ganglionnaire important, les résultats que l'on pourrait qualifier de tardifs sont bien différents selon le procédé employé. A cet égard, il semble bien que l'opération en deux temps permette un nombre de succès plus considérable. En effet, après la suture de la trachée à la peau et la suture de la paroi pharyngée, il est extrêmement fréquent de voir, dans la semaine qui suit l'opération, du sphacèle d'un ou de plusieurs anneaux de la trachée et la ligne de suture pharyngée peut se rompre : d'où fistule et parfois désunion partielle de la suture cutanée. Le champ opératoire est alors transformé en un vaste clapier suppurant Comment s'étonner dans ce cas de l'infection des voies respiratoires?

Aussi je crois qu'il est préférable de faire au préalable la fixation de la trachée à la peau. Deux points placés de chaque côté de la ligne médiane fixent les régions antéro-latérales de la trachée.

Malgré ces précautions on n'évite pas toujours le sphacèle d'un ou plusieurs anneaux. Il est bon d'attendre alors que la plaie trachéale soit en bon état, et presque cicatrisée pour entreprendre l'extirpation du larynx. Celle-ci devient alors facile et sans suite grave.

La plaie pharyngée devra être aussi petite que possible ; aussi est-il indiqué de raser de près la face des lames thyroïdiennes, de conserver soigneusement les plans musculaires et si on a la bonne fortune d'avoir affaire à un épithélioma n'ayant pas dépassé les limites du vestibule, de ruginer, comme l'a indiqué Sebileau, la face interne des lames thyroïdiennes, afin de conserver le plus d'étoffe possible pour la réfection de la paroi pharyngée.

L'usage de la sonde œsophagienne me paraît indispensable. Alimenter les opérés par le rectum même pendant un temps très court est tout à fait insuffisant.

Déjà fort précaire chez des malades atteints d'affections aiguës et non cachectisés, ce mode d'alimentation convient encore moins à des opérés dont la nutrition est souvent défectueuse depuis longtemps et qui ont à cicatriser rapidement une plaie opératoire parfois étendue.

Georges Laurens est resté fidèle au point de vue opératoire. à la laryngectomie en un seul temps par le procédé de Perier, sans trachéotomie préalable. Le procédé est facile si on a soin d'employer la canule conique de Perier. On évite l'entrée du sang dans les voies aériennes.

Au point de vue post-opératoire, il faut craindre la bronchopneumonie qui est l'accident le plus fréquent. La canule de Lombard à large évasement paraît remplir un avantage considérable en isolant les sécrétions de la plaie septique bucco-pharyngée, de l'arbre aérien et en évitant l'entrée de la salive et des mucosités dans la trachée.

L'exécution des sutures ne saurait être trop minutieuse, en particulier, celles qui ont pour but d'affronter la muqueuse bucco-œsophagienne. Il faut deux plans comme pour l'estomac.

C'est pour avoir négligé ce soin qu'il a eu à déplorer une désunion complète et un sphacèle de la plaie cervicale. Deux opérations consécutives ont été nécessaires pour obtenir l'affrontement.

L'appareil de Delaire au point de vue prothétique, est parfait. Le malade retire des avantages dès le deuxième jour de la pose de cet appareil.

Castex insinue sous la suture cutanée un petit drain qu'il laisse en place un ou deux jours pour amener au dehors l'air et la salive qui peuvent envahir le champ opératoire.

Chez un de ses opérés, la récidive s'est produite sous la plaie cutanée, bien que la tumeur fût absolument intrinsèque dans le larynx.

LABARRIÈRE (d'Amiens) a présenté, en 1905, 3 cas de laryngectomie avec Pauchet et Moulonguet.

L'opération a été faite dans la même séance de la façon suivante : 1° abouchement de la trachée à la peau ; 2° ablation du larynx et suture de la plaie en deux plans. La canule de Lombard a été laissée dans la trachée.

Le premier malade atteint de sarcome fasciculé reste complètement guéri depuis trois ans.

Le second a eu une survie de deux ans. Il était atteint d'épithéliome.

Opéré dans une salle d'hôpital, sans aucun soin particulier, on lui permit une alimentation liquide au bout de quatre jours.

Le troisième est mort au bout de 2 mois et demi, mais son cancer était déjà extériorisé ; les ganglions carotidiens avaient dû être extirpés largement et c'est la cachexie qui a emporté le malade.

MOLINIÉ se rallie aux conclusions de Moure ; la laryngectomie doit être réservée aux cas de néoplasmes limités au larynx. Pour les néoplasmes atteignant le pharynx, la base de la langue et compliqués d'adénopathie, la mort après l'opération est de règle, soit à cause du schock opératoire, soit en raison des complications infectieuses. Le seul moyen d'améliorer le pronostic consiste à procéder à l'ablation de ces lésions en plusieurs temps successifs. Le traumatisme est moins grave et le processus de réparations plus facile.

MOURE fait remarquer qu'au point de vue de la suture de la trachée à la peau il faut tenir compte de la nature du tissu, les trachées de femmes et d'enfants se déchirant facilement. D'autre part, chez les vieillards qui ont des cartilages ossifiés, la réunion se fait très mal. Il conclut que dans tous ces cas l'intervention n'est pas grave si l'on a soin de bien choisir les malades à opérer.

SARGNON et BARLATIER (de Lyon). — **Laryngostomie et trachéolaryngostomie, spécialement dans le rétrécissement cicatriciel du larynx.** — C'est la mise à l'air du larynx seul ou du larynx et de la partie supérieure de la trachée d'une façon permanente ou temporaire mais alors temporaire de longue durée. L'historique est des plus simples, la question est toute nouvelle. Il existe actuellement :

1° Un cas de Jaboulay laryngostomisé, mais non dilaté ; insuccès ;

2° Trois cas de Killian de Fribourg : Guérison ;

3° Six cas lyonnais dont cinq personnels, avec quatre succès et une mort par broncho-pneumonie, et un cas de Collet ;

4° Deux cas opérés tout récemment par le Prof. Pieniazeck, de Cracovie.

L'opération comprend :

1° La laryngostomie proprement dite, c'est à dire la section des parties molles et du larynx, la section médiane complète des cicatrices, la suture du larynx à la peau et la mise en place du drain intra-laryngé.

2° La dilatation et les pansements au cours des trois stades de sphacèles, de bourgeonnements, d'épidermisation.

Le stade de sphacèle qui dure une dizaine de jours est la seule période dangereuse au point de vue broncho-pneumonie.

Nous avons observé un cas de sphacèle descendant trachéo-bronchique avec mort par broncho-pneumonie.

Pour obtenir une dilatation et une épidermisation bonne, il faut un an environ pour les cas graves, de trois à six mois pour les cas moyens.

3° L'autoplastie.

Chez l'enfant, il faut la faire très tardive et laisser longtemps la fistule de crainte d'alerte au cas où il surviendrait une rougeole, une coqueluche, une diphtérie.

Killian conseille deux lambeaux latéraux, en ponts avec maintien de l'orifice trachéal avec son drain de caoutchouc en T.

La laryngostomie et trachéo-laryngostomie peut être totale ou partielle. Chez les tubards canulards graves, c'est surtout une trachéo-cricostomie.

L'opération est surtout indiquée dans les rétrécissements cicatriciels graves du larynx surtout chez les tubards ou canulards, et dans les rétrécissements fonctionnels résistant à la dilatation interne, notamment à l'intubation et à la dilatation caoutchoutée.

La laryngostomie peut aussi s'employer dans certaine tumeur bénigne récidivante, les tumeurs malignes du larynx au début, certaines formes de tuberculose glottique ou sous-glottique et de paralysie laryngée permanente. La récidive n'a pas été observée, la voix est très améliorée. C'est en somme une méthode idéale parce qu'elle est rationnelle. C'est une opération laryngée nouvelle, intermédiaire entre la trachéotomie et la laryngectomie.

Vacher (d'Orléans). — **Présentation d'une malade atteinte d'aphonie par contraction et chevauchement des cordes.** — Cette jeune fille (21 ans) a été atteinte, depuis 1903, de plusieurs bronchites suivies d'aphonie pendant quelques jours. En 1905, au mois de janvier, à la suite d'une forte grippe, la voix est revenue nor-

male pendant cinq jours. En mai 1906, elle a eu la coqueluche, puis une fièvre typhoïde légère, en août 1906. Douée d'une très jolie voix de soprano, elle est musicienne, mais depuis ses premières bronchites, et surtout depuis un an, elle ne parle pas. Tous les traitements classiques ont été essayés : fumigations, pulvérisations, cautérisations, révulsifs, courants galvaniques statiques, faradiques, douches, rien ne put vaincre la contracture des cordes et de tout le larynx, dès qu'elle veut parler ou chanter. Cette contracture est inconsciente. Cependant le massage vibratoire produit une détente momentanée pendant laquelle la malade parle et chante avec une grande sûreté de timbre. Si on examine les cordes pendant le massage, on voit que leur accolement à leur position sont en rapport avec le son produit. Dans la respiration, la glotte s'ouvre normalement. Cette malade a été examinée plusieurs fois, au point de vue nerveux, par des neurologistes. On n'a trouvé aucune tare, aucun stigmate pouvant faire incriminer l'hystérie.

Pour Vacher, ce cas est rare, il n'en a jamais observé d'autre semblable. Il demande l'avis de ses confrères et le traitement le meilleur pour faire cesser ce spasme, cette crampe des cordes vocales.

Collet (de Lyon). — **Traitement chirurgical des sténoses laryngées consécutives à l'intubation.**

Molinié (de Marseille). — **Des indications et contre-indications de la thyrotomie dans les tumeurs malignes du larynx.** — Appliquée dès 1850 à la cure du cancer laryngien, la thyrotomie donne des résultats si fâcheux que, en 1878, Paul Bruns la rejette et lui préfère la laryngectomie totale malgré l'effroyable mortalité opératoire de cette dernière.

Grâce aux efforts de Buttlin, Semon et Moure secondés par les progrès de la laryngoscopie, la thyrotomie prend rang parmi les opérations curatives du cancer laryngien, et cela non seulement en raison des perfectionnements techniques que ces auteurs ont fait subir à l'opération mais en raison de ses judicieuses applications.

Parmi les conditions qui justifient son emploi, il faut envisager en premier lieu les considérations d'ordre topographique.

La thyrotomie étant une voie d'accès dans les cavités laryngiennes, elle ne convient qu'aux néoplasmes qu'elle permet d'aborder aisément, c'est-à-dire aux tumeurs siégeant aux bandes ventriculaires, aux ventricules, aux cordes vocales et à la région immé-

diatement sous-glottique. De plus, ces tumeurs doivent être limitées en surface au point qu'on puisse les circonscrire aisément par une incision faite dans le tissu sain, elles doivent en outre être limitées en profondeur au point de ne pas atteindre le squelette. Les tumeurs pédiculées et saillantes dans la cavité laryngienne sont les plus qualifiées pour cette opération et elles le sont d'autant moins qu'elles s'éloigneront de ce type pour se rapprocher du type diffus et profond.

Les considérations anatomiques doivent aussi être envisagées. Selon nous, la thyrotomie doit être appliquée aux productions papillomateuses ou pachydermiques suspectes de malignités en raison soit de l'âge du sujet, soit de leurs caractères cliniques, soit de leur structure histologique. L'expérience a montré que ces tumeurs étaient du cancer en voie d'évolution, et on doit par conséquent les traiter comme des tumeurs malignes, des épithélioma.

L'épithélioma lobulé relève particulièrement de la thyrotomie en raison de sa bénignité relative et de sa localisation habituelle aux cordes vocales vraies.

Les statistiques des auteurs déjà cités et la nôtre montrent que le succès thérapeutique est de règle dans cette variété de cancer laryngien.

Le carcinome est rarement dans les conditions de localisation qui le rendent accessible pour la thyrotomie, ce qui fait qu'on a rarement l'occasion d'utiliser cette opération à son égard.

Le sarcome est également en règle générale assez diffus d'emblée et la thyrotomie lui est rarement applicable. Néanmoins on devra recourir à cette opération pour le carcinome et le sarcome si ces tumeurs se trouvent dans les conditions de siège et de limitation indiquées plus haut.

Comme conséquence de ces indications, la thyrotomie est *contre-indiquée* dans les néoplasmes extrinsèques ou marginaux, mais aussi dans les formes cavitaires à tendances envahissantes en surface ou en profondeur, c'est-à-dire propagées aux groupes musculaires ou aux cartilages.

En clinique doivent être considérés comme contre-indications absolues de la thyrotomie les signes suivants :

Adénopathie, déformation du cartilage, immobilisation d'un côté du larynx et douleurs spontanées violentes.

BOTEY (de Barcelone). — **La ponction de la membrane cricothyroïdienne comme opération temporaire préalable dans les trachéotomies d'extrême urgence.**

BOTEY. — **Traitement opératoire de l'insuffisance vélopalatine.**

BRINDEL (de Bordeaux). — **Sur quelques cas d'abcès du larynx d'origine grippale.** — L'auteur a eu occasion d'observer 5 cas d'abcès du larynx dus à la grippe pendant la dernière épidémie qui a sévi en France l'hiver dernier.

L'analyse de ses observations lui a permis de classer en plusieurs catégories les modes d'évolution des collections purulentes influenziques dans l'organe vocal.

Outre la laryngite grippale infiltro-œdémateuse qui pourrait bien n'être qu'une forme atténuée, et se terminant par résolution, de l'abcès, on rencontre dans le larynx :

1° Des abcès intrinsèques dont le cycle se fait tout entier sous la muqueuse ;

2° Des abcès intra-laryngés avec collections périlaryngiennes sans participation du squelette cartilagineux à l'infection ;

3° Des abcès intrinsèques avec périchondrite thyroïdienne, cricoïdienne ou aryténoïdienne et phlegmon cervical péritrachéo-laryngé ;

4° Des périchondrites primitives s'accompagnant de phlegmons ligneux cervicaux.

Les cas à périchondrite sont de beaucoup les plus graves ; ils peuvent entraîner la mort en quelques heures, par intoxication et inhibition.

La symptomatologie dominante consiste dans des troubles de la déglutition, de la respiration et de la phonation joints aux autres phénomènes morbides de l'infection grippale.

Les complications à redouter sont : l'asphyxie, la toxhémie et l'inhibition.

La collection purulente sera évacuée le plus tôt possible, et, s'il existe un phlegmon de la région cervicale, un large débridement en assurera le drainage.

R. RANJARD (de Tours). — **Luxation laryngo-trachéale. Résection du premier anneau de la trachée. Guérison.** — Ranjard rapporte le cas d'un individu de 18 ans, auprès duquel il fut appelé, trois semaines après le début d'accidents graves ayant fait croire à une méningite, et qui présentait à l'examen les phénomènes suivants : ce malade, à demi prostré et délirant parfois, avait une température élevée (38°-39°9), un pouls fréquent variant entre 110 et 130, une dyspnée intense avec cyanose de la face, et extrémités froides.

— La tête était immobilisée en demi-extension. Il n'y avait aucune déviation rachidienne. La déglutition était douloureuse. La voix rauque mais possible. On avait noté, les jours précédant l'examen, et par intermittence, de l'incontinence d'urine et du strabisme convergent, enfin de la polyurie. Le malade se plaignait surtout d'une douleur constante au niveau de la nuque et du cou, exacerbée par les mouvements de la tête et la pression des doigts au niveau du larynx. Un examen minutieux de cette région permit de remarquer une déformation du conduit laryngo-trachéal : à un centimètre environ au-dessous de la pomme d'Adam, et à cheval pour ainsi dire sur l'angle saillant du thyroïde se trouvait un bourrelet qui se continuait sans démarcation précise avec la trachée projetée en avant et courbée sur son axe longitudinal.

Par exclusion surtout, Ranjard fit le diagnostic « de luxation de l'articulation crico-trachéale avec glissement en avant du premier anneau de la trachée, entraînant à sa suite le tube aérifère tout entier ». Et il supposa une origine réflexe aux troubles généraux. L'impossibilité de la réduction immédiate tentée, nécessita une intervention sanglante qui fut pratiquée le lendemain matin.

La mise à nu du larynx et de la partie supérieure de la trachée confirma le diagnostic et fit constater que le premier anneau, luxé en haut et en avant, était passé en avant de la face antérieure du cricoïde et empiétait sur le bord inférieur du thyroïde. Il fut nécessaire, pour corriger cette déformation, de supprimer l'anneau : après incision du feuillet fibreux superficiel, et dissection de la fibreuse et de la muqueuse sous-jacentes, ce cartilage fut réséqué, sans ouverture de la trachée. Cette résection opérée, la tunique trachéale se déplissa pour ainsi dire, le cricoïde apparut, et la trachée perdit sa courbure anormale. Réunion par première intention.

Cette opération fut suivie de la guérison presque immédiate de tous les symptômes.

Ranjard admet les conclusions suivantes :

1° Pour que cette luxation se produise, il a fallu qu'un traumatisme sur la nuque, provoquant la flexion forcée du cou, soit survenu au moment d'un cri violent poussé par le traumatisé, c'est-à-dire pendant la dilatation forcée de la trachée.

2° Les phénomènes graves dont s'accompagna cet accident, sont dus non à un réflexe bulbaire insuffisant à les expliquer, mais à un méningisme pyrétique réflexe.

TRÉTROP (Anvers). — **L'angine bénigne, point de départ d'infec-**

tion grave. — Tretrop, au cours d'examens bactériologiques pratiqués depuis seize ans, a noté de nombreux cas d'infections générales graves, contractées par les voies respiratoires supérieures.

Il rappelle ses expériences d'infection expérimentale chez le lapin, en 1894, note que beaucoup de fièvres éruptives ont une angine à leur début et, passant en revue les principales infections, cite des cas observés par lui où le pneumocoque donne l'angine d'abord, la pneumonie ensuite ; où le bacille de Koch, arrivé par l'amygdale, contamine toute la chaîne ganglionnaire du cou ; où les spirochètes de Schaudinn contaminent primitivement l'amygdale ; où le streptocoque donne l'angine d'abord, la septicémie ou septico-pyhémie ensuite. Il en décrit un cas des plus démonstratifs, guéri avec l'aide du sérum antistreptococcique.

Et l'auteur conclut qu'en soignant les affections du nez et de la gorge, le spécialiste épargne fréquemment à ses malades des complications viscérales graves, parfois mortelles.

Glover (de Paris). — **Respiration vocale. Démonstration radioscopique et contrôle de la respiration vocale au Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris** — En raison du contact continu des élèves et des professeurs avec le médecin du Conservatoire, qui est ainsi appelé à faire de l'enseignement continuel de la physiologie de la voix et de la culture physiologique de celle-ci, il est nécessaire que ce soit celui-ci qui, connaissant les besoins des élèves qui le consultent à tout instant pour les maladies de la voix et le malmenage vocal, connaissant en outre la mentalité de tous, fasse, s'il y a lieu, ainsi que l'ont toujours fait du reste autrefois Mandl, Gouguenheim, médecins du Conservatoire *les cours et conférences de physiologie appliquée de la voix au Conservatoire*, cours comprenant la démonstration et le contrôle de la respiration vocale, le contrôle de l'émission vocale de la pose de la voix, de l'articulation, etc. au début et durant l'éducation artistique des élèves.

Il est encore nécessaire, qu'en raison, d'une part, de la discrétion qu'il y a lieu d'apporter au contrôle médical du travail vocal et pour éviter de jeter sur l'enseignement des professeurs un discrédit, atténuant leur prestige vis-à-vis des élèves, qui de plus perdraient confiance et seraient désorientés ; en raison, d'autre part, de la nécessité du secret professionnel à garder sur un examen médical qui peut, s'il est connu dans ses résultats, amoindrir la valeur du sujet encore en cours d'études et entraver plus tard sa carrière, il est nécessaire que ce soit le médecin du Conser-

vatoire, toujours consulté à ce propos, qui soit par conséquent seul chargé du contrôle médical de l'enseignement du chant et de la déclamation.

En outre des moyens techniques d'examen à la disposition du médecin laryngologiste spécialement entraîné et ce genre d'exploration et concernant l'établissement des différenciations anatomo-physiologiques et du défaut de concordance des organes de l'appareil phonétique presque chez chaque individu pour un rendement donné, l'auteur propose deux méthodes d'exploration nouvelles, qui n'ont pas encore été employées dans le cas particulier et qui lui ont donné et lui donnent toujours au Conservatoire de précieux résultats.

Deux méthodes d'explorations nouvelles et de contrôle physiologique du travail vocal sont : en ce qui concerne la respiration vocale, la *radioscopie thoracique* et en ce qui touche les détails de l'émission, de la pose, de l'articulation vocale, etc., et l'analyse vocale, *la méthode graphique*, moyen scientifique que met à notre disposition la phonétique expérimentale appliquée.

La radioscopie thoracique et la méthode graphique en phonétique expérimentale appliquée ont la propriété spéciale et précieuse d'être à la portée de tous, élèves et professeurs de chant et de déclamation, puisque ces moyens de contrôle du travail vocal s'adressent simplement au sens de la vue, qui peut ainsi venir suppléer une oreille imparfaite, au cours de l'éducation artistique.

Les élèves et les professeurs de chant et de déclamation, à l'aide de ces deux moyens de contrôle, pourront discrètement vérifier eux-mêmes, avec le médecin, les aptitudes organiques de l'appareil vocal au rendement exigé, sans pour cela qu'ils aient besoin les uns et les autres de connaître l'anatomie des organes de la parole et la physiologie de la voix.

La radioscopie thoracique permet en effet de connaître la façon dont s'effectue le ménagement de l'air durant l'expiration dans le chant.

Elle permet aussi de voir les détails du mode d'ampliation thoracique dans tous les sens. Comme moyen d'exploration de la respiration vocale, elle est donc supérieure à la spirométrie qui fait seulement connaître la quantité d'air inspiré, expiré et l'air résidual, mais sans montrer aux dépens de quel diamètre thoracique, soit vertical, soit transversal, soit antéro-postérieur se produit cette introduction de l'air.

La radioscopie thoracique est encore supérieure à la pneumo-

graphie même intercostale et aux mensurations péri-thoraciques, qui ne donnent aucune indication sur l'ampliation thoracique dans le sens vertical pour l'appréciation du mode de respiration diaphragmatique.

Bellisien (de Lyon). — **Adénome de la trachée chez un malade atteint d'adéno-lipomatose généralisée.** — L'auteur rapporte un cas d'adénome de la trachée coïncidant avec la maladie de Launois et Bensaude ou adéno-lipomatose généralisée. Il semble que ce soit la première observation publiée à ce sujet d'après les recherches bibliographiques. L'adénome de la trachée est lui-même exceptionnel et les observations publiées sont peu nombreuses.

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui vint demander un avis pour un enrouement datant de deux mois ; il présentait dans la lumière de la trachée une tumeur du volume d'une petite cerise qu'il refusa de laisser enlever.

Il était porteur de nombreuses tumeurs lipomateuses, situées symétriquement dans plusieurs masses musculaires et mourut subitement deux mois après ce premier examen sans présenter de symptômes d'asphyxie. Il a été impossible à l'auteur de retrouver aucune relation de cas semblables.

Séance du lundi soir 13 mai.

Lavrand (de Lille). — **Otite moyenne aiguë et otite interne, trépanation mastoïdienne ; guérison.** — Vers le milieu d'avril 1906, apparaissent des douleurs violentes de l'oreille gauche ; le 25 avril, l'écoulement purulent survient et persiste sans modification de la douleur jusqu'au 16 mai.

A cette époque, on note de l'otorrhée purulente persistante, du gonflement mastoïdien, de la photophobie, des vomissements, de l'instabilité de la marche.

La trépanation mastoïdienne conduit dans un antre à muqueuse congestionnée, sans pus.

La douleur persiste pendant cinq jours, jusqu'à l'apparition d'un bourgeon charnu sur la paroi postéro-supérieure du conduit. Il s'agissait d'une cellule limitrophe atteinte d'empyème. Il a suffi de cureter cette cellule pour supprimer la douleur.

Peu à peu les autres troubles ont disparu, sauf la surdité qui reste absolue :

1° Il n'y avait pas d'antrite suppurée malgré les symptômes objectifs de mastoïdite ;

2° Une cellule limitrophe était atteinte de suppuration que rien ne trahissait à l'extérieur :

3° L'inflammation de l'oreille interne a guéri à la suite d'une trépanation de l'antre.

Coanet (de Châlons-sur-Marne). — **Abcès extra-dural d'origine otique extériorisé spontanément au-dessous des muscles de la nuque.** — Observation d'un malade qui, à la suite d'une ostéomyélite de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, ayant nécessité successivement la trépanation mastoïdienne et l'évidement pétro-mastoïdien, présenta un phlegmon de la nuque. L'auteur reconnut qu'il s'agissait d'une collection sous-occipitale résultant de l'extériorisation d'un abcès extradural péricérébelleux par un orifice situé au voisinage du trou occipital. Malgré une intervention très large il lui a été impossible de préciser cet orifice. Après avoir exposé les différentes voies qui permettent aux collections extradurales de l'étage postérieur du crâne de donner naissance à un abcès de la nuque, il émet l'avis que chez son malade le pus endocrânien a fait issue au dehors, en suivant le trajet d'une petite veine ou le canal condylien postérieur.

H. Caboche. — **L'ozène forme larvée de la tuberculose** (paraîtra *in extenso*). Résumé. — Le caractère essentiel de l'affection, c'est-à-dire l'atrophie, serait sous la dépendance des poisons locaux du bacille de Koch qui créeraient au niveau de la pituitaire une sorte de sclérose analogue aux scléroses rénales décrites par Léon Bernard. L'ozène relèverait d'une infection secondaire.

Les recherches cliniques de l'auteur : antécédents tuberculeux extrêmement chargés dans la plupart des cas, coexistence d'ozène et de lupus de la joue, d'ozène et de trochantérite tuberculeuse, etc., semblent donner un appoint sérieux à la théorie de l'auteur.

L'expérimentation n'a pourtant pas confirmé ces idées. Dix cobayes, à chacun desquels on a inoculé dans la gaine du droit ou dans la cavité péritonéale un fragment de cornet atrophique, sont restés indemnes de tuberculose. L'infection est d'ailleurs probablement trop atténuée pour contagionner le cobaye. De nouvelles expérimentations sont nécessaires.

LOMBARD. — Cette notion de l'ozène, maladie tuberculeuse, ne doit être acceptée, à l'heure présente, qu'avec les plus grandes réserves. Nous manquons de données positives. L'ozène, rhinite atrophiante fétide, occupe depuis longtemps à tort ou à raison dans le cadre de la pathologie nasale, une place à part. Son origine infectieuse ayant paru vraisemblable, on s'est efforcé d'en déterminer le microbe spécifique. Mais les résultats obtenus n'ont pas répondu à l'espoir de ceux qui ont entrepris ces recherches. Vous savez que le microbe de Lœvenberg Abel n'a pas donné la preuve de sa spécificité ; même sort fut réservé au pseudo-diphtérique. Plus récemment, Perez a isolé dans les sécrétions un coccobacille qui, en inoculations intraveineuses, détermine chez le lapin une rhinite purulente, en même temps qu'une septicémie. Les animaux survivants présentent une atrophie des cornets tout à fait comparable à l'atrophie ozénateuse. Ces expériences n'ont pas encore été reproduites par d'autres que par leur auteur. Elles ne sont encore, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent, ni confirmées ni infirmées.

La question de l'origine et de la nature de l'ozène reste donc entière. Un fait a frappé les observateurs : la fréquence de la tuberculose dans les ascendants des ozéneux, chez les ozéneux et dans leur descendance. N'y aurait-il donc qu'une simple coïncidence ou faudrait-il voir dans l'ozène une manifestation de l'infection tuberculeuse ?

Rien dans l'aspect objectif d'une fosse nasale ozéneuse ne rappelle ni de loin ni de près l'apparence d'une lésion tuberculeuse. Rien non plus dans l'ordination des éléments histopathologiques, si on exige pour affirmer la nature tuberculeuse d'un tissu la présence dans ce tissu de tubercules typiques avec ou sans bacilles. Or, on sait maintenant que toute une série de lésions d'apparence purement inflammatoires peuvent relever de la tuberculose. L'évolution histopathologique ne va pas toujours du nodule tuberculeux à la fonte caséeuse et à l'ulcération. La sclérose peut être l'aboutissant d'un processus tuberculeux sans que, à aucun moment, on ait pu trouver dans les tissus banalement inflammatoires un nodule ou une cellule géante. Expérimentalement. Auclair a pu isoler deux sortes de poisons : l'un provoque la sclérose, l'autre la caséification. On sait aussi que la virulence et les propriétés générales des bacilles subissent des variations considérables suivant le milieu de culture et les conditions d'existence. Jusqu'à présent la démonstration de la nature tuberculeuse d'une lésion repose sur : 1° la constatation de tissu tuberculeux

typique ; 2° la présence du bacille révélée par l'examen direct ou l'inoculation. Cette démonstration est rigoureuse toutes les fois qu'elle est possible. Mais il ne s'ensuit pas qu'il faille éliminer définitivement du groupe des maladies tuberculeuses toutes celles dont les lésions ne répondront pas aux conditions précédentes. L'histoire des tuberculoses cutanées est bien faite pour nous mettre en garde contre des conclusions trop formelles. Il n'en reste pas moins que le classement de pareilles lésions demeure encore incertain et que les tentatives pour les faire rentrer dans le groupe des tuberculoses ne peuvent être considérées que comme provisoirement recevables.

La démonstration de la nature tuberculeuse de l'ozène pourrait s'étayer sur :

1° Les observations cliniques : fréquence de la tuberculose familiale chez les ozéneux. De plus, beaucoup d'ozéneux deviennent tuberculeux. Tous les observateurs ont été frappés de ces constatations qui ont reçu des explications différentes. Alexander, dans un mémoire récent, a développé ces théories déjà nombreuses et ingénieuses. Mais parce que la tuberculose est commune dans les ascendants des ozéneux, l'ozène est-il de ce fait maladie tuberculeuse ? L'argument présenté sous cette forme est sans valeur. La tuberculose est si répandue qu'il semblerait bien étonnant de ne pas rencontrer un ou plusieurs tuberculeux dans la famille d'un ozéneux. Cependant la fréquence est telle qu'elle ne pouvait manquer d'être signalée. L'ozène serait alors le résultat d'un trouble nutritif s'étendant à toute la lignée, une dystrophie. Cette conception reste un peu vague. Elle affirme plus qu'elle ne démontre.

2° L'anatomie pathologique nous apporte-t-elle des faits plus précis ? L'ozène est une sclérose de la muqueuse, une véritable cirrhose avec atrophie du squelette. On n'a pu déceler ni tissu tuberculeux ni bacille. Je ne parle pas bien entendu des examens bactériologiques portant sur les sécrétions de la surface, où il est facile d'isoler un nombre considérable d'espèces microbiennes parmi lesquelles des acido résistants et même des bacilles virulents fort rares, il est vrai. La surface épithéliale est-elle au début le lieu de pénétration ?

3° Reste l'expérimentation. Dans sa forme la plus démonstrative, l'inoculation, nous venons de voir que les résultats ont été jusqu'à présent négatifs.

J'ai essayé l'épreuve de la tuberculine. Je m'empresse de dire que cette épreuve n'est pas à l'abri de toute critique. Tel que son emploi est réglé cependant, elle reste un moyen de diagnostic assez

fidèle, surtout si la réaction générale est suivie d'une réaction locale au siège même de la lésion dont on soupçonne la nature tuberculeuse. Si la réaction locale manque ou reste douteuse, l'épreuve perd beaucoup de sa valeur puisqu'une lésion tuberculeuse minime sur tout autre point de l'organisme, lésion ganglionnaire mésentérique, par exemple, peut se révéler par la seule réaction générale. Le sujet choisi était cliniquement indemne de toute manifestation tuberculeuse. Dans une première série d'expérience, il a réagi à des doses progressivement croissantes jusqu'à 8/10 de milligramme de tuberculine provenant de l'Institut Pasteur de Paris. La réaction s'est traduite par une élévation thermique de 8/10 de degré accompagnée de céphalée et de courbature. En même temps, la muqueuse nasale apparut plus lisse, congestionnée, très modifiée dans son aspect. Etait-ce là une réaction locale ?

J'ai renouvelé l'expérience au bout de dix jours. Au lieu d'injecter des doses très faibles, progressivement croissantes, jusqu'à 8/10 de milligramme, à intervalles rapprochés, j'ai injecté d'emblée 8/10 de milligramme ; 30 heures après l'injection, violente réaction générale de plus de 1° avec phénomènes intenses : courbature, inappétence céphalée ; enfin, épistaxis assez profuse et continue pour causer quelque inquiétude à la surveillante du service.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus par l'épreuve de la tuberculine. Cette expérience reste encore isolée et je me contente d'enregistrer le fait. Des recherches ultérieures viendront confirmer ce qui ne peut être encore qu'une simple vue de l'esprit, l'ozène, maladie tuberculeuse ; ou établir définitivement qu'il n'y a que des rapports éloignés entre la tuberculose bacillaire et la rhinite atrophiante fétide.

Moure. — A côté du coryza atrophique ozénateux, il existe une autre sorte de coryza que j'ai désigné sous le nom de pseudo-atrophique parce qu'il constitue une véritable entité morbide que l'on rencontre presque toujours chez les bacillaires à forme larvée tels que les malades porteurs de lupus de la face et d'adénite cervicale ou carotidienne.

Dans ces cas on observe, en effet, du côté des cornets inférieurs et moyens, une atrophie assez prononcée avec pâleur de la muqueuse, amas croûteux jaunâtre, un peu épais mais non odorant ; d'autres fois même, du muco-pus et de l'adénoïdite suppurée.

C'est un véritable coryza scrofuleux et probablement un catarrhe bacillaire qui sert de point de départ aux lésions cutanées lu-

piques, comme l'ont démontré autrefois les recherches d'Arnozan et William Dubreuilh.

Il faut reconnaître cependant que l'examen bactériologique ne nous a pas permis de découvrir le bacille tuberculeux dans les sécrétions, mais on sait combien il est rare, même dans le lupus.

LOMBARD. — La malade dont j'ai parlé dans mon expérience était atteinte de rhinite atrophiante fétide, avec tous les caractères cliniques et bactériologiques que nous sommes habitués à attribuer à cette affection. Il ne s'agit pas de coryza pseudo-atrophique.

HECKEL. — Il y a quelques années, faisant des recherches cliniques sur l'ozène, j'ai été frappé comme Caboche et Lombard de la fréquence de la tuberculose dans les familles ozéneuses. Il est bien entendu que j'entends l'ozène dans son sens rhinologique, c'est-à-dire rhinite atrophique fétide. Mais je n'ai pas tiré de cette constatation les mêmes conclusions que nos collègues : c'est-à-dire qu'il y ait entre la tuberculose et l'ozène une relation de cause à effet. L'ozène n'est probablement pas, quoi qu'on en dise et quel que soit à ce sujet la tendance actuelle, une *maladie* et une maladie infectieuse spécifique ; c'est bien plus probablement un syndrome relevant de microbes divers, si tant est que les microbes y soient les acteurs les plus importants, ce qui n'est pas certain ; on pourrait penser qu'ils n'y jouent qu'un rôle secondaire et notamment que ce rôle est celui qui éclaire la pathogénie de la fétidité. Pour ma part, je ne suis aucunement convaincu par les nombreuses recherches antérieures de la spécificité morbide de l'ozène. Trop de microbes se sont succédé qui nous promettaient l'explication et la guérison de l'ozène. Je n'ai pas davantage grande confiance dans le dernier-né, le cocco-bacille de Pérez. Je pense qu'ici la question de terrain est primordiale.

L'ozène est une affection d'un groupe social, c'est une maladie de pauvres et de miséreux ; et qui, pour ces raisons, vit à côté de la tuberculose, de la syphilis, de l'anémie, du rachitisme, des infections cutanées, qui atteignent les gens qui ne peuvent satisfaire aux lois de l'hygiène élémentaire et de la propreté, qui se nourrissent mal et qui sont des dystrophiques.

Je crois qu'une fois ce terrain dystrophique acquis, on peut faire des rhinites atrophiques fétides avec n'importe quels microbes de la flore pituitaire et pharyngée et surtout avec leur association. C'est ce qui explique la multiplicité des espèces micro-organiques mises en avant. Les microbes associés et des anaérobies entrent peut-être ensuite en cause et viennent parachever l'œuvre commencée, car l'ozène n'est pas odorant au début, dans sa longue

phase hypertrophique. L'ozène des riches existe aussi, mais il est rare, moins grave, moins tenace, moins odorant, et disparait après des évolutions courtes : un an, deux ans, quelquefois; du reste, il y a des riches scrofuleux mais qui se soignent, qui se nourrissent et peuvent séjourner sur les plages où l'ozène s'améliore toujours en même temps que l'état général.

De même, le fait de l'existence incontestable de familles ozéneuses ne prouve pas sa contagiosité ; elle prouve l'unité de terrain et l'on est en droit de dire ozène familial comme on dit : obésité héréditaire, mais non pas ozène contagieux. La contagiosité doit être démontrée scientifiquement, ce qui n'a pas été fait encore ; elle est possible du reste sur le terrain dystrophique.

Dans des familles scrofuleuses, j'ai observé l'éclosion de l'ozène après une grippe typique ; je crois que dans ces cas toute la flore nasale s'exalte et l'attaque de la muqueuse commence qui n'aurait pas donné de résultat sur un autre terrain, arthritique, par exemple.

Il ne faudrait pas s'imaginer que parce que l'ozène évolue en trois stades principaux : 1° hypertrophie de la muqueuse et hypersécrétion sans odeur ; 2° atrophie de la muqueuse et apparition de croûtes et avec elles fétidité ; 3° atrophie du squelette des fosses nasales et destruction des glandes de la muqueuse avec disparition des croûtes et de l'odeur, cela oblige absolument le chercheur à se limiter à l'hypothèse de spécificité microbienne. Il y a aussi spécificité de terrain. N'y a-t-il pas dans le tube digestif un autre syndrome au moins aussi complexe et à spécificité de terrain neuro-arthritique : l'entéro-colite muco-membraneuse qui relève de toutes étiologies et où les microbes jouent un rôle, mais secondaire ? On n'en a pas fait cependant une maladie infectieuse ni spécifique ; et cependant avec les phases de dilatation et de spasme du côlon, avec ses périodes inflammatoires douloureuses, la fétidité des selles, ses fausses membranes (qui sont le pendant de la croûte ozéneuse, par altérations sécrétoires) n'a-t-elle pas une allure et une évolution aussi complexes et n'est-elle pas aussi tenace ? Ce n'est pas que je veuille poursuivre plus loin le parallèle et faire de l'ozène une rhino-névrose, encore que des névrites secondaires par toxinémie jouent certainement un rôle dans l'atrophie du squelette. La complexité du syndrome ozène est certes moindre et le rôle non pas du microbe mais des microbes est plus nécessaire. Enfin il faut ajouter à cela que depuis quelques années la conception de la spécificité microbienne s'est singulièrement modifiée. Des maladies qui autrefois étaient considérées

comme contagieuses toujours, sont aujourd'hui classées parmi les infections autogènes. Ainsi sous l'influence de certains travaux récents (Bourgeois, Roger), la dothiénentérie peut être considérée comme prenant quelquefois naissance par exaltatation de virulence dans un intestin qui contient de l'Eberth, et sans contagion par l'eau ; cette origine aqueuse de la typhoïde perd du terrain du reste devant la contagion et devant l'autogenèse. Il est bien vraisemblable que ces processus se retrouvent partout à côté de la contagion.

Moure a étudié, ainsi qu'il vient de nous le dire, le coryza atrophique tuberculeux ; il lui semble que dans ces cas où il n'y a pas de croûtes ni d'odeur, on peut établir la relation de cause à effet. C'est possible ; ce qu'il y a de certain c'est qu'il y a des cas nombreux de rhinites atrophiques et de nombreuses espèces. Rhinite atrophique ne signifie peut-être pas forcément ozène, bien qu'entre l'ozène le plus typique et le plus odorant et l'ozène le plus atténué il y ait des formes dégradées qui nous rapprochent des rhinites atrophiques sans croûtes et odeur, de Moure. Du reste, l'ozène a tellement de formes cliniques variées ! sans oublier ceux qui s'arrêtent brusquement à la ménopause et ceux qui ont l'air d'être des rhinites atrophiques simples et deviennent odorants à chaque période menstruelle ; mais étant donnée cette conception du terrain dystrophique et de la non-spécificité microbienne, qu'est-ce qui prouve que les rhinites atrophiques sans odeur ne sont pas des ozènes frustes ou qui ont eu un peu d'odeur disparue, et quoi d'étonnant à ce que les porteurs soient atteints de par ailleurs de tuberculose s'ils sont des lymphatiques et des scrofuleux ?

De cette longue discussion à mon avis il doit rester que les expériences de Caboche et Lombard ne sont pas concluantes, ce qui est évident même pour eux, comme le comprend très bien Lombard, mais qu'ils ont le droit de dire après leurs observations, qu'ils ont étudié les alentours de la question de l'ozène, et qu'il se rencontre très souvent dans des familles tuberculeuses, ce que j'ai noté comme eux, mais ils ne peuvent pas conclure à la nature tuberculeuse de l'ozène. Il résulte de tout cela que l'ozène reste une question embrouillée et que la voie bactériologique dans laquelle elle est entrée ne semble pas encore en avoir donné l'étiologie. Je fais un fond plus grand sur nos connaissances cliniques.

HECKEL (de Paris). — **Syphilis grave des voies aériennes.** — Heckel a observé un certain nombre de syphilis graves qui peuvent

être classées sous le type moyen suivant : chez des adultes qui ne s'étaient pas soignés parce qu'ils ignoraient leur syphilis, apparition de lésions de la muqueuse nasale, pharyngienne ou laryngienne. Ces lésions ne laissent pas que d'embarrasser. On hésite entre tuberculose et syphilis ; mais l'absence de passé spécifique fait pencher pour la tuberculose. A ce moment, des signes pulmonaires et généraux (fièvre, toux, amaigrissement, asthénie) semblent confirmer du côté tuberculose. On provoque une consultation où les avis sont partagés, lorsque brusquement, généralement en moins de quinze jours, les accidents se précipitent, le voile du palais s'élimine, les amygdales s'ulcèrent rapidement et en profondeur, la cloison du nez se perfore, des géodes se creusent de haut en bas dans le poumon. Les lésions du rhino-pharynx permettent seules le diagnostic, on fait un traitement intensif, malgré lequel le malade meurt, sauf si l'on a l'esprit prévenu. Dans sa clientèle, l'auteur a pu récemment voir trois cas à terminaison fatale, et depuis grâce à son éducation clinique faite par les autres cas, intervenir utilement deux fois. Dans ces cinq cas, où il y eut cinq fois consultations autorisées, personne ne porta de diagnostic précoce ferme. Dans deux cas, les malades toussaient et avaient des anomalies respiratoires, qui les avaient fait classer parmi les prétuberculeux ; un autre avait de l'ostéopathique pneumique de Marie depuis trois ans. La syphilis remontait à cinq ans. Il avait été réformé comme tuberculeux à cause d'un chancre à l'anus qui s'était fistulisé et qui fut pris pour une fistule ostéopathique. Une pleurésie syphilitique et l'installation d'une toux chronique confirmèrent les médecins militaires dans leur erreur. Il fit en moins de quinze jours une fonte complète de son poumon, de ses amygdales, de son voile, etc., et fut emporté malgré le traitement intense fait par l'auteur, qui termine en insistant sur la fréquence probablement très grande de la confusion clinique entre la syphilis et la tuberculose des voies aériennes.

Mignon (de Nice). — **Infection pneumococcique du pharynx, de fosses nasales, des sinus, des oreilles et des mastoïdes, avec phénomènes septicémiques.** — L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui, à la suite d'une broncho-pneumonie, présenta un mois après des symptômes intenses d'infection naso-pharyngée. L'angine, accompagnée d'œdème du voile et de la muqueuse nasale, fut rapidement suivie de phénomènes septicémiques : température très élevée, des frissons, délire et autres phénomènes nerveux, éruptions localisées sur les jambes et les bras avec appari-

tion rapide de quelques eschares. Les deux sinus frontaux et maxillaires furent infectés ainsi que les deux oreilles moyennes et les mastoïdes ; à gauche, il y eut ensuite des phénomènes de réaction labyrinthique. Les symptômes graves diminuèrent au bout de trois ou quatre jours. Les sécrétions des divers organes infectés, ayant été examinées au point de vue bactériologique, contenaient surtout des pneumoccoques. Tous les phénomènes causés par cette infection ont disparu progressivement dans un délai de deux mois environ, la malade ayant pu éviter les diverses inter ventions chirurgicales dont elle fut menacée, ce qui est en faveur de la bénignité relative pneumocoque.

Bar (de Nice). — **Nécrose aiguë du crâne consécutive à une otite aiguë, scarlatineuse suppurée.** — Signalée tout d'abord par Pearson, la nécrose aiguë des os du crâne est une des complications otitiques les plus rares et les plus étranges. En quelques heures, l'os atteint de ce genre d'ostéomyélite est frappé de mort au point de dire de cette maladie qu'elle est une véritable apoplexie osseuse. La pathogénie paraît être due à un arrêt subit de l'irrigation sanguine de l'os et l'obstacle à l'apport du sang devoir être expliqué par la solidarité vasculaire qui existe entre la muqueuse de la cavité suppurante (l'oreille moyenne en cas de mastoïdite) et le diploé. C'est à l'occasion d'une pyémie que pareille affection se déclare (scarlatine, rougeole, grippe, etc.), infectant streptococciquement l'oreille. La mortification osseuse paraît limitée à la région frappée, sans propagation, comme il arrive si fréquemment avec l'ostéomyélite. Aussitôt après commence la réparation osseuse et l'élimination de l'escharre malgré que l'oreille continue à suppurer. Le remède est la trépanation hâtive des mastoïdes menacées de complication, opération qui n'est pas toujours efficace mais qui doit toujours être subordonnée à une saine clinique.

Observation. — Enfant de 7 ans. Scarlatine. Otite moyenne suppurée double. Mastoïde gauche frappée de nécrose en quelques heures. Trépanation. Elimination de l'escharre au bout d'un an. Etat général des plus graves avant et durant un certain temps après l'atteinte de nécrose. L'otite est restée chronique après la suppuration.

Labarrière (d'Amiens). — **Sur soixante cas de trépanation mastoïdienne.** — L'auteur a pratiqué depuis l'année 1900 soixante trépanations et le petit travail qu'il présente a pour but non pas

de faire une étude complète des mastoïdites mais de faire ressortir quelques observations typiques qui permettront de mettre en relief les considérations cliniques les plus intéressantes.

OBSERVATION I. — Jeune fille de 4 ans et demi. Après incision classique dans le sillon rétro-auriculaire, une autre fut faite transversalement dans la direction de la ligne courbe occipitale supérieure. Malgré une brèche osseuse spontanée de la boîte crânienne du diamètre d'une pièce de 2 francs, la guérison était obtenue au bout de deux mois et demi.

OBS. II. — Garçon de 2 ans. Toute la mastoïde très friable forme un vaste séquestre qu'un instrument mousse soulève avec la plus grande facilité. Le sinus latéral n'est pas déchiré dans cette manœuvre, mais le facial est touché et l'enfant sort guéri avec une paralysie faciale.

OBS. III. — Fillette de 7 ans. A été opérée en septembre 1906 et une deuxième fois en octobre. La guérison n'a été obtenue qu'à la faveur d'une brèche opératoire considérable dénudant le sinus dans l'étendue d'un centimètre et demi et empiétant largement sur la fossette occipitale cérébelleuse.

OBS. IV. — Garçon de 15 ans. Fait une mastoïdite avec paralysie faciale à la suite d'une fièvre typhoïde. Je pratique l'évidement pétro-mastoïdien le 6 décembre 1906. L'opération était terminée quand, en explorant une dernière fois la mastoïde, j'eus la malchance de donner un coup de curette trop violent et d'ouvrir le sinus. Le tamponnement donna l'hémostase au bout de dix jours.

La paralysie faciale persistant, Peugniez, professeur de clinique chirurgicale, pratiqua une anastomose spino-faciale. A l'heure actuelle, la restitution *ad integrum* est complète, et la mimique faciale se fait d'une façon parfaite par l'intermédiaire du spinal.

OBS. V. — Homme de 55 ans. Trépané le 7 avril 1906 pour mastoïdite grippale. Un tout petit orifice fistuleux ayant persisté, il est réopéré largement le 26 juillet et je découvre trois cellules aberrantes postérieures, remplies de pus, qui entretenaient la suppuration.

Ces groupes cellulaires ont été parfaitement décrits au point de vue anatomique par Depoutre et Stanculeanu.

OBS. VI. — Homme de 35 ans. Mécanicien. Souffrait atrocement d'une mastoïdite *a frigore*. Os éburné. Antre petit, profondément situé, ne renfermant que des fongosités. La simple trépanation antrale a suffi pour faire tomber les douleurs et amener la guérison.

Je passe sous silence un grand nombre d'autres interven-

tions et je conclus par quelques considérations se rapportant à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la technique opératoire.

Au point de vue *étiologique*, les mastoïdites rencontrées étaient dues aux fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde), à la grippe, aux angines diverses, au diabète, au coryza, au froid.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, j'ai rencontré trois variétés :

1° Pus sous pression dans l'antre ;

2° Fongosités dans l'antre ou les cellules péri-antrales ;

3° Eburnation de la mastoïde.

La *technique opératoire* n'a pas toujours été celle préconisée par nos maîtres : Sebileau, Lombard, Laurens, etc. Je veux dire que je n'ai pas systématiquement fait sauter toute la corticale externe ainsi que les groupes cellulaires aberrants. Je sais bien que j'ai eu à déplorer quelques insuccès : quatre sur soixante ont été guéris après la deuxième intervention seulement ; mais en revanche, chez les autres au lieu d'obtenir un méplat par suite d'une large abrasion osseuse la cicatrisation a été réduite à une ligne blanchâtre cachée d'une façon parfaite dans l'angle céphalo-auriculaire.

BICHATON (de Reims). — **Sur le traitement nasal de l'asthme.** — L'auteur, après un court aperçu historique de la question, présente quelques observations de cas d'asthme qu'il a traités par la méthode de Francis Alexander, à savoir par la cautérisation de la partie antéro-supérieure de la cloison.

Il est loin d'avoir obtenu d'aussi bons résultats que le promoteur de cette méthode, qui, selon lui, a le tort d'être trop exclusive et de vouloir instituer un traitement unique pour une affection aussi protéiforme, aussi changeante que l'asthme. En enlevant la lésion nasale, on n'enlève pas la cause déterminante de l'accès, parce que cette lésion soi-disant provocatrice n'est, comme le dit Brissaud, qu'une manifestation concomitante de la diathèse, cause intrinsèque de l'asthme.

Malgré tout, l'auteur se montre partisan de l'ablation des lésions nasales et également de la cautérisation du septum en regard de la tête du cornet moyen, à cause de la sensibilité peut-être plus grande de la muqueuse à cet endroit et aussi à cause des résultats cliniques obtenus. Mais il est d'avis que le traitement nasal doit procurer des satisfactions au malade et au praticien à condition que le traitement général ne soit pas relégué au second plan, mais soit, au contraire, toujours institué pour combattre la

diathèse qui crée l'altération fonctionnelle du centre réflexe respiratoire et domine de ce chef la thérapeutique de l'asthme.

Grossard (de Paris). — **Otorrhée mastoïdite et atrophie faciale progressive.** — L'auteur communique l'observation d'une jeune fille de 23 ans, ancienne otorrhéique qui fut atteinte, il y a quelques mois, de violentes douleurs d'oreille et de symptômes mastoïdiens graves par suite d'un réchauffement brusque de son otite latente.

Dans l'espace de huit jours, la malade et son entourage assistèrent à la véritable fonte progressive des muscles de sa face du côté de l'affection auriculaire, sans que l'état général de la patiente fût sensiblement troublé au point de l'empêcher de se livrer à ses occupations habituelles ; il n'existe pas de déviation de la bouche et l'orbiculaire des paupières fonctionne normalement ; la peau est un peu refroidie.

La réaction électrique est à peu près normale ; la radioscopie a paru montrer une certaine atrophie des os sous-jacents aux muscles lésés.

Grossard pense qu'il s'agit d'une atrophie musculaire par injection ou compression du tronc du facial dans son trajet pétreux. Ce qui semble devoir confirmer l'auteur dans ce diagnostic, c'est que la malade s'étant refusée à une intervention chirurgicale, son aspect clinique s'est modifié ces jours-ci d'une façon si favorable qu'il a paru à Grossard et surtout à sa patiente qu'il pouvait surseoir, momentanément du moins, à toute intervention sanglante.

Cousteau et Lafay (de Paris). — **La mixture de Bonain adrénalisée au millième comme anesthésique hémostatique en oto-rhino-laryngologie.** — Jusqu'en 1898, tous les moyens employés pour obtenir l'anesthésie du tympan étaient illusoires. A cette époque, Bonain, de Brest, imagina une préparation qui permet dans presque tous les cas d'obtenir une insensibilisation parfaite du tympan, et dont voici la formule :

Menthol cristallisé	aâ P. E.
Chlorhydrate de cocaïne	
Acide phénique neigeux	

Cousteau et Lafay ont songé à étendre l'emploi de la mixture de Bonain à toutes les petites opérations de la chirurgie oto-rhino-laryngologique, et pour augmenter le pouvoir hémostatique de la

préparation, ils y ont ajouté de l'adrénaline. Leur formule est la suivante :

Mixture de Bonain	5 cent. cubes
Adrénaline pure	5 milligrammes

Bonain a lui-même fait subir à sa préparation une modification analogue (mars 1907) :

Phénol absolu ou synthétique	1 gramme
Menthol	1 »
Chlorhydrate de cocaïne	1 »
Chlorhydrate d'adrénaline	0gr,001

Dans cette formule, dix gouttes de la mixture, dose moyenne employée, ne représentent qu'*une goutte un tiers* de la solution aqueuse d'adrénaline, proportion le plus souvent incapable de produire une hémostase satisfaisante, tandis que dans la préparation de Cousteau et Lafay, la teneur en adrénaline est trois fois plus forte, c'est-à-dire que dix gouttes du mélange représentent quatre gouttes de la solution ordinaire d'adrénaline.

La mixture de Bonain ainsi modifiée donne une anesthésie extrêmement rapide et une hémostase équivalente à celle produite par l'application d'une solution aqueuse d'adrénaline. Elle présente, en outre, l'avantage de ne pas occasionner de lipothymie, car en plus de son pouvoir hémostatique l'addition d'adrénaline accroît l'activité de la cocaïne en même temps qu'elle en diminue de neuf à dix fois la toxicité.

L'anesthésie s'obtient en badigeonnant la muqueuse à l'aide d'un porte-coton imbibé de la liqueur ; elle est à son maximum quand la muqueuse prend une teinte blanchâtre, opaline. Il faut alors opérer de suite, car l'insensibilisation est plus fugace qu'avec la cocaïne.

Ce nouveau mode d'anesthésie par le Bonain adrénaliné au millième, a été expérimenté depuis quinze mois à la Clinique de la Trinité, dans une centaine d'interventions nécessitant une anesthésie locale de courte durée : galvano-cautérisations, turbinotomie, résections cartilagineuses ou osseuses, morcellement des amygdales, ablation des amygdales à l'anse chaude, ignipuncture, ouverture d'abcès amygdaliens, ablation de végétations adénoïdes chez l'adulte ; dans tous les cas, les meilleurs résultats ont été obtenus.

Le tableau suivant pourra guider le praticien dans l'usage de la préparation :

V gouttes de la mixture = 0,035 milligr. de cocaïne
et II gouttes de la solution aqueuse d'adrénaline ;
X gouttes de la mixture = 0,070 milligr. de cocaïne
et IV gouttes de la solution aqueuse d'adrénaline ;
XV gouttes de la mixture = 0,105 milligr. de cocaïne
et VI gouttes de la solution aqueuse d'adrénaline ;
XX gouttes de la mixture = 0,140 milligr. de cocaïne
et VIII gouttes de la solution aqueuse d'adrénaline ;
XXV gouttes de la mixture = 0,175 milligr. de cocaïne
et X gouttes de la solution aqueuse d'adrénaline.

en se rappelant toutefois que l'association cocaïne adrénaline est neuf à dix fois moins toxique que la cocaïne seule tout en étant plus active.

En pratique, voici les doses employées habituellement :

Pour l'oreille	V à X	gouttes de la mixture adrénalinée
Pour le nez	X à XV	» »
Pour le pharynx	XV à XX	» »
Pour le rhino-pharynx. .	XL	» environ et même plus

Pour rendre encore plus *inoffensif* le liquide de Bonain, les auteurs ont songé à remplacer la cocaïne par la stovaïne moitié moins toxique. Ils publieront ultérieurement leurs résultats. Dès maintenant, ils peuvent assurer que sous cette forme nouvelle la mixture conserve toutes ses qualités.

Rozier et Tissié (de Pau). — **Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne.** — D'après ces auteurs, l'opération adénoïdienne doit être presque toujours suivie d'une cure de gymnastique respiratoire, si on veut supprimer la respiration buccale et corriger les déformations thoraciques consécutives. A l'appui de leur théorie, ils présentent l'observation d'un jeune adénoïdien de 13 ans qui avait toutes les apparences d'un enfant rachitique, ainsi que le constatent les photographies, et qui, en 55 séances de gymnastique respiratoire de trente minutes chacune, a été complètement transformé. La taille a augmenté de 0m,025 : le périmètre thoracique a augmenté en inspiration de 0m,045 et en expiration de 0m,075. Le pouvoir d'expiration a surtout bénéficié de la gymnastique respiratoire grâce

à la rééducation du diaphragme et des muscles de l'abdomen, favorisant ainsi l'émission des déchets gazeux pulmonaires, laissant ainsi le champ libre à l'entrée de l'oxygène et à sa fixation sur les globules rouges. Le périmètre thoracique s'est développé symétriquement surtout à la partie moyenne et supérieure. La capacité respiratoire a augmenté de 0,200 centilitres, et la tension sanguine est passée de 120 millimètres à 170 millimètres. Au point de vue hématologique, il existe un relèvement du chiffre des globules rouges avec une diminution des globules blancs, ainsi que la disparition des hématies nucléées et une augmentation de l'hémoglobine.

Séance du mardi 14 mai.

Première question mise à l'ordre du jour.

Jacques (de Nancy) et Gaudier (de Lille), rapporteurs. — **Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire.** (Paraît *in extenso*).

Discussion.

Castex, à propos de ce rapport, cite un cas de tumeur rare du sinus maxillaire (épithéliome pavimenteux lobulé) qu'il a eu l'occasion d'observer avec Rabé. Voici, résumée, l'observation :

Homme de 51 ans. Tumeur maligne du sinus maxillaire gauche à évolution rapide. Les principaux symptômes furent : des douleurs sous-orbitaires d'abord, puis un soulèvement de la paroi antérieure du sinus, enfin un peu d'exophtalmie et de l'obstruction de la fosse nasale correspondante.

Résection du maxillaire supérieur.

Le sinus frontal et une partie du labyrinthe ethmoïdal étaient envahis, ce que les examens antérieurs n'avaient pas révélé. Mort quinze jours après d'adynamie.

La surface de section de la tumeur reproduisait l'apparence d'un foie atteint de sclérose atrophique avec granulations énucléables comme dans les tumeurs du type épithélial.

La coloration à l'hématoxyline et à l'éosine montre un épithéliome du type pavimenteux lobulé.

Il est singulier qu'une tumeur épithéliale du type pavimenteux puisse tirer son origine d'une muqueuse à épithélium cylindrique, mais une loi d'histologie générale (loi des métaplasies épithéliales) établit la transformation possible d'un épithélium en un autre sous l'influence de diverses causes (inflammation, traumatismes répétés, etc.).

Dans ce cas, on peut admettre que l'épithéliome s'est développé aux dépens d'un fragment de la muqueuse dont l'épithélium présentait normalement des cellules pavimenteuses stratifiées ou que cette muqueuse aurait subi du fait d'une inflammation antérieure une métaplasie épithéliale.

Les auteurs joignent à leur observation deux figures histologiques.

Sieur communique une observation d'épithéliome latent du sinus maxillaire droit qui avait été considéré au début comme de la syphilis tertiaire.

Après échec du traitement spécifique, on fit le diagnostic de tumeur du sinus maxillaire. On pratiqua l'ablation du maxillaire.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé ayant eu vraisemblablement comme point de départ la muqueuse du sinus.

En raison de l'étendue des lésions, il y a lieu de craindre une récidive.

Quant à la ligature de la carotide externe et à la trachéotomie, elles ne trouvent, selon l'auteur, que rarement leur indication.

Moure. — Il me semble que dans leur remarquable rapport Jacques et Gaudier auraient pu insister davantage sur la question de diagnostic différentiel entre certaines sinusites caséeuses et les tumeurs malignes primitives du sinus.

Dans ces sinusites, en effet, on observe une série de signes pouvant faire songer à une dégénérescence maligne de la muqueuse de l'antre ; ces symptômes semblent même confirmés par la diaphanoscopie, par les sécrétions nasales, la tuméfaction, le refoulement du tissu osseux et assez souvent même perforation de ce dernier par un amas fongueux dont on aperçoit la saillie saignante, soit dans la fosse nasale, soit au niveau de la fosse canine, quelquefois même au niveau de la voute palatine. Dans ces cas, si l'on n'était pas prévenu de l'existence possible d'une sinusite simplement caséeuse, on prendrait les symptômes observés pour ceux d'une tumeur maligne.

A plusieurs reprises, j'ai failli enlever le maxillaire supérieur ou faire des opérations importantes chez des malades qui ont guéri à l'aide de deux ou trois lavages.

Ces sinusites caséeuses ont été bien décrites par mon confrère et ami Texier ; elles sont tout à fait analogues aux rhinites caséeuses sur lesquelles notre regretté confrère, le Dr Wagnier (de Lille) avait autrefois appelé l'attention.

Il est également intéressant et utile de faire le diagnostic différentiel de certaines formes d'ostéites syphilitiques du sinus maxillaire supérieur ou de l'antre d'avec des tumeurs malignes, parce que les troubles fonctionnels et les signes locaux de ces ostéites peuvent, également se rapprocher de ceux des tumeurs malignes ?

Ce sont là les points importants sur lesquels il y a lieu d'appeler l'attention, afin d'éviter des erreurs toujours graves en pareille matière, puisque le simple traitement médical peut guérir le malade, tandis que pour traiter les tumeurs malignes on doit recourir à l'intervention sanglante.

Mahu à propos d'une observation citée par lui fait des remarques au point de vue du diagnostic et de l'étendue de ces tumeurs.

Dans le cas signalé, il s'agissait d'un malade qui ne se plaignait que d'obstruction de la fosse nasale gauche et qui, plusieurs mois après, accusa des douleurs de ce côté. Il avait été opéré de queue de cornet et de polypes. Ces interventions avaient provoqué de petites hémorrhagies.

Mahu en opérant, vit qu'il s'agissait d'une tumeur (épithélioma) du sinus maxillaire, de l'ethmoïde, etc... Il fait remarquer la *disproportion qu'il y a parfois entre les symptômes et la lésion.*

D'autre part, dans ce fait, il a fallu pratiquer un curettage par morcellement. Il y a parfois de grandes *difficultés à extirper* en bloc la tumeur.

Texier signale la confusion possible entre une sinusite caséeuse, les corps étrangers avec fongosités d'une part, et, d'autre part, le cancer du sinus maxillaire.

Jacques demande à Castex quel était le rapport de la tumeur qu'il a présentée, avec l'apophyse alvéolaire. Il pense qu'il faut conclure à l'origine buccale de la tumeur.

Il répond à Sieur, qu'on ne doit pas parler de tumeur du sinus maxillaire quand on à affaire à un épithéliome pavimenteux lobulé et, qu'à ce point de vue, il faut faire le diagnostic entre l'épithéliome vrai buccal et l'épithéliome adamantin se développant vers le sinus.

Comme le fait remarquer Moure, il n'a pas parlé de sarcome chez les enfants -- ces tumeurs ayant une origine douteuse vu l'étroitesse de la région où elles évoluent.

Gaudier est d'accord avec Sieur sur l'inutilité de la ligature de la carotide externe et de la trachéotomie. Il ne faut pas compliquer une opération déjà laborieuse et grave par elle-même. Il est certain que le diagnostic précoce est cause d'opérations moins mutilatrices ; mais, au début, le diagnostic est difficile et dans un cas personnel, il est passé à côté ; il s'agissait d'une lésion néoplasique qui ne s'affirmait pas par une altération de la muqueuse.

Il répond à Mahu que le morcellement dispose aux récidives. Dans les cas opérables, il reste fidèle à la résection typique du maxillaire. Dans les cas inopérables, il faut recourir aux petits moyens (adrénaline, quinine, radiothérapie).

Moliné (de Marseille). — **Quelques cas de tumeurs malignes du sinus maxillaire.** — Molinié rapporte quatre observations personnelles de tumeurs malignes du sinus maxillaire.

Un cas de sarcome a été observé chez un enfant de 10 ans, 3 cas d'épithélioma avaient trait à des hommes respectivement âgés de 47, 50 et 80 ans.

Chez tous ces malades, l'affection se traduisait par une tumeur proéminente au-dessous de l'œil due à l'effraction par le néoplasme de la paroi osseuse antérieure du sinus.

Comme autres symptômes, on relevait chez tous ces malades l'obstruction des fosses nasales et l'écoulement purulent par le nez.

Dans un cas des polypes du nez coexistent avec la tumeur maligne, chez tous, l'état général était bon et l'adénopathie très difficilement appréciable.

Les trois malades atteints d'épithélioma ont été traités par l'opération qui a donné les résultats suivants : une récidive au bout d'un mois, une guérison (chez le vieillard de 80 ans), une mort opératoire. Dans ce dernier cas, la tumeur avait détruit la voûte palatine, la paroi orbitaire inférieure et la portion osseuse de la base crânienne ainsi que le démontra l'autopsie.

Il y a lieu de faire remarquer la longue résistance de l'aponévrose orbitaire et des enveloppes cérébrales à l'envahissement cancéreux.

A l'occasion de ces cas, Molinié fait ressortir la difficulté qu'il y a à extraire ces néoplasmes en bloc. La conduite qui doit être de règle dans l'ablation des tumeurs malignes. La nécessité de recourir au morcellement de la tumeur et à son ablation par fragments n'est peut être pas étrangère à la récidive si fréquente des néoplasmes du sinus maxillaire.

Broeckaert (de Gand). — **Endothéliomes du sinus maxillaire.** — Les *endothéliomes* sont des tumeurs beaucoup moins rares que ne l'indique la littérature. A la douzaine de cas d'endothéliomes du sinus maxillaire qui ont été publiés, Broeckaert ajoute trois observations personnelles dont deux de tumeurs primitives du sinus. L'extirpation en fut faite par le procédé connu sous le nom d'évidement sinuso-nasal. La récidive survint en quelques mois.

Au point de vue histologique, les endothéliomes sont des tumeurs nées aux dépens des cellules endothéliales spécialement des fentes lymphatiques : elles ont souvent été confondues avec les carcinomes et certains adénomes.

Au point de vue clinique, leur gravité est très grande et elles se rapprochent surtout des tumeurs sarcomateuses. Comme elles ne donnent guère lieu à des métastases, on peut espérer une guérison à condition d'intervenir de bonne heure et radicalement.

En cas d'endothéliome du sinus maxillaire, l'ablation totale de cet os s'impose en *bloc ;* l'exérèse par fragments expose presque fatalement à des inoculations.

Bellin. — **Observatión de fibrome diffus des espaces médullaires du maxillaire supérieur ayant complètement comblé l'antre d'Higmore.** — Jeune fille de 22 ans qui présente une saillie anormale de toute la face antérieure du maxillaire supérieur droit. La palpation n'éveille nulle part sur cette face de la douleur, et partout on constate une résistance osseuse des plus nettes.

L'examen buccal montre l'absence de toutes les dents du maxillaire supérieur droit sauf la canine ; elles ont été enlevées dans un but thérapeutique. La voûte palatine est abaissée en totalité ; cet abaissement maximum au niveau du bord gengival va s'atténuant en gagnant la ligne médiane pour insensiblement s'y terminer, partout résistance osseuse uniforme. A la rhinoscopie : nez et cavum normaux. Diaphanoscopie : obscurité totale du maxillaire supérieur droit. L'augmentation de volume a commencé vers l'âge de 14 ans, la malade accusait quelques douleurs vagues qui furent mises sur le compte de dents cariées qui furent extraites. On recommença le même traitement plusieurs années de suite jusqu'au jour où la malade n'ayant plus de dents, le dentiste la renvoya au spécialiste.

La lenteur de l'évolution, l'absence de douleurs et de symptômes du côté du nez firent penser à une tumeur bénigne.

Trépanation comme pour une sinusite maxillaire. Après avoir en-

levé la couche osseuse superficielle, on rencontre du tissu spongieux dont on n'atteint pas la limite. La cavité est évidée à la curette de Wolkmann, sculptée pour ainsi dire en plein bloc, sans trouver nulle part de vestige de cavité sinusale. La paroi nasale est réséquée, et l'opération terminée par suture de la plaie buccale. — Novembre 1905. — La malade revue en mai 1907, ne présente rien de particulier, ni du côté de la joue, ni du côté de la brèche nasale.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par le Dr Lecène, donne les résultats suivants :

Dans son ensemble, la tumeur est formée de trabécules osseuses coupées dans tous les sens, peu épaisses, riches en ostéoblastes bien développés. Ces trabécules osseuses sont séparées les unes des autres par un tissu conjonctif bien développé formé surtout de cellules fusiformes à noyaux allongés bien apparents. Ce tissu conjonctif jeune mais cependant typique dans sa structure ne rappelle en rien le sarcome, il s'est substitué au tissu médullaire qui remplit normalement les espaces médullaires de l'os spongieux, on peut donc dire que cette tumeur est un ostéofibrome ou mieux *un fibrome diffus* des espaces médullaires. En aucun point, nous n'avons trouvé de cellules *atypiques* ou de *myéloplaxes*.

TEXIER (de Nantes). — **Sur deux cas d'anévrysme de la carotide interne simulant une tumeur pharyngée. Autopsie d'un cas.** — L'un des cas concerne une malade de 74 ans. Elle se plaignait d'une gêne à la déglutition et avait parfois des troubles de la parole. Ces symptômes n'existaient que depuis un an.

A l'examen du pharynx, on constate une tumeur occupant toute la moitié gauche du pharynx et du naso-pharynx, refoulant en avant le voile du palais et repoussant la luette à droite. Cette tumeur est lisse et présente à sa surface quelques artérioles. Elle n'est pas animée de battements. L'examen à l'aide du miroir permet de constater qu'elle occupe toute la partie gauche du naso-pharynx et qu'elle se termine en pointe à deux travers de doigt environ du bord supérieur de l'épiglotte.

A la palpation aucun battement n'est perçu ; elle est résistante, dure à la partie inférieure et bosselée, légèrement molle à sa partie supérieure. Elle est adhérente au plan profond latéral par toute sa base. La double palpation, un doigt dans le pharynx, l'autre sur le cou ne donne pas de mouvements d'expansion.

Du côté du cou, on ne constate aucun phénomène particulier du côté des vaisseaux pouvant faire penser à un anévrysme.

Le diagnostic, du reste, n'a pas été fait avant une ponction exploratrice pratiquée en vue d'un abcès possible, étant donnée la fluctuation de la partie supérieure de la tumeur. Elle permit de constater qu'un sang rouge venait sous pression.

La malade mourut une dizaine de jours après dans le coma.

L'autopsie permit de constater la présence d'une tumeur anévrysmale sur le trajet de la carotide interne, de la grosseur d'un œuf de poule. L'artère s'ouvrait sur la partie externe de la tumeur, en son milieu par un fin orifice qui présentait à son niveau une sorte de languette, rappelant la terminaison des uretères dans la vessie et qui, par ce fait, peut expliquer l'absence des battements isochromes du pouls dans la poche. La mort paraît due à de l'œdème cérébral.

Le deuxième cas concerne une femme de 45 ans et c'est le hasard seul qui lui fit découvrir sa tumeur pharyngée. Elle n'éprouvait aucune gêne. Les symptômes physiques sont identiques à ceux de la précédente observation, même volume de la tumeur, même forme en poire, absence de pulsations et de battements, rien du côté du cou. On ausculta la poche pharyngienne à l'aide d'un stétoscope et on entendit nettement le souffle anévrysmal classique. C'est ce signe qui fit faire le diagnostic joint au palper de l'extrémité inférieure de l'anévrysme où le doigt formait des pulsations nettes. Aucun traitement chirurgical ne fut fait.

L'auteur a recherché les cas publiés jusqu'à ce jour et en a réuni dix qu'il résume.

Il fait ensuite la symptomatologie de ces anévrysmes en insistant surtout sur les cas frustes, développés seulement dans le pharynx avec absence des signes capitaux des anévrysmes, pulsations et battements.

Il insiste sur la nécessité de l'auscultation de la poche pharyngienne à l'aide du stétoscope, ce qui, dans un de ses cas, a permis d'affirmer le diagnostic d'anévrysme de la carotide interne dans sa portion cervicale.

Glover a observé, avec Lancereaux, une tumeur anévrysmale dont la guérison, obtenue par le sérum gélatiné, dure depuis deux ans.

Georges Laurens, chez un malade atteint de gomme du pharynx a constaté un anévrysme dans cette région. On administra l'iodure à haute dose et le mercure. En vingt jours, la gomme guérit, mais l'anévrysme persista.

Guisez (de Paris). — **Cure de rétrécissement cicatriciel infran-**

chissable sous l'œsophagoscopie. — Guisez rapporte 3 cas soignés et opérés récemment pour rétrécissement cicatriciel et congénital de l'œsophage sous l'œsophagoscopie. Chez tous, la bouche stomacale faite auparavant a pu être fermée et la guérison est définitive à la condition de dilater le malade suffisamment longtemps sous le contrôle de la vue.

Ces observations sont intéressantes d'autant qu'il s'agit dans un cas de rétrécissements cicatriciels chez un enfant opéré au dernier terme de la cachexie. On sait le pronostic très grave des rétrécissements infranchissables chez les enfants. La gastrotomie ne faisait que retarder la terminaison fatale. Nous avons dans l'œsophagoscopie un moyen d'en sauver la plupart.

Moure. — Il me semble que Guisez dans sa communication sur le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par l'œsophagotomie interne aurait pu citer le nom de Sencert, de Nancy, qui, le premier je crois, en France tout au moins, a pratiqué l'opération et en a publié les détails.

D'autre part, je ne suis pas tout à fait de l'avis de Guisez en ce qui concerne la gravité des éraillures de l'œsophage au cours de l'examen de cet organe. Maintes fois, il m'est arrivé, en effet, d'enlever un morceau de muqueuse, croyant prendre une partie dégénérée de l'œsophage. Malgré ces déchirures, je n'ai vu se produire à la suite de ces manœuvres ni réaction inflammatoire, ni, à plus forte raison, perforation du conduit œsophagien. Je crois, en effet, qu'il faut aller prudemment, mais somme toute, les manœuvres œsophagoscopiques ne sont pas tellement difficiles, ni tellement délicates qu'il faille abandonner l'emploi de ce moyen précieux d'exploration du conduit alimentaire à quelques spécialistes.

Contrairement à ce que pense Guisez, je suis tout à fait d'avis qu'il faut faire l'œsophagoscopie même chez des malades cachectiques, ne serait-ce que pour vérifier un diagnostic qui peut être parfois erroné.

C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'examiner l'œsophage d'un malade profondément anémié, cachectisé, qui n'avait pris aucune sorte d'aliments, ni liquides, ni solides depuis huit jours, et qui était condamné à mourir d'inanition avec le diagnostic de cancer de l'œsophage. Or, l'examen direct me révéla chez ce malade la présence d'un corps étranger formé de tissus fibreux alimentaires (morceaux de viande) qui n'avait pu passer et qui, arrêté dans le conduit, obstruait complètement sa lumière. J'ai pu, à l'aide de pinces, enlever ces amas, rétablir la perméabilité de l'œsophage et voir rapidement le malade reprendre la vie et la santé ; il put im-

médiatement avaler et, dès sa rentrée dans sa salle d hôpital, il se hâta même d'ingurgiter le lavement alimentaire qu'on lui avait préparé.

Il n'est pas douteux que si, conformément à l'opinion de Guisez, je n'avais pas pratiqué l'examen de l'œsophage, ce malade serait mort par erreur de diagnostic.

Enfin, je suis heureux de voir que Guisez se range à l'opinion que j'ai formulée depuis déjà longtemps à savoir que l'œsophagoscopie peut être pratiquée avec le simple éclairage du miroir de Clar, qui suffit amplement pour projeter un faisceau lumineux dans le canal alimentaire, et permettre de bien explorer la région sur laquelle on opère.

Jacques, indique qu'il y a dans tout cathétérisme œsophagien un véritable obstacle à franchir : le détroit cricoïdien et qu'il n'y a pas lieu de toujours incriminer un spasme de cette région.

Sargnon donne quelques détails de technique et insiste surtout sur l'anesthésie qu'il pratique avec soin du haut en bas de l'œsophage.

Gaudier rapporte deux cas de corps étrangers du conduit œsophagien. Dans le premier, il s'agissait d'un den
de l'extraire avec le panier. Le panier resta avec le dentier et une forte hémorrhagie survint. Dans le second, une épingle à cheveux avalée alla perforer l'aorte et la malade mourut.

Georges Laurens. — **Procédé opératoire pour les sinusites frontales bilatérales. Trépanation au-dessous de la bosse nasale et drainage en Y, avec résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.** — Les récidives et les complications post-opératoires dans les interventions dirigées contre les sinusites frontales chroniques tiennent à plusieurs causes dont les principales sont : la difficulté du curettage de l'ethmoïde, l'insuffisance du drainage par le canal fronto-nasal, enfin, les dimensions parfois énormes des cavités sinusales.

Nombre de procédés, pour la plupart excellents, ont tenté de remédier à ces inconvénients.

J'applique, dans les sinusites frontales *bilatérales*, une méthode qui permet un curettage complet des sinus infectés et leur drainage maximum, elle comprend les différents temps opératoires suivants :

1° Une longue *incision* cutanée, parcourant toute la longueur des sourcils, et réunissant leurs deux extrémités externes : c'est un tracé en accent circonflexe dont la pointe se trouve au niveau de la racine du nez ;

2° La *trépanation* de chaque sinus faite isolément, au niveau de la paroi antérieure. A travers l'orifice plus ou moins grand, est pratiqué le curettage.

3° Le *défoncement de la paroi inter-sinusienne*, de façon à établir une large communication entre les deux cavités suppurantes ;

4° La réunion des deux orifices de la trépanation par une section horizontale de l'os, au niveau de l'articulation des os propres, et la création d'une tranchée transversale de 1 centimètre de hauteur environ un peu au-dessous de la bosse nasale. Il en résulte une vaste échancrure osseuse à travers laquelle on pénètre dans les deux cavités frontales et on aperçoit les deux orifices d'abouchement des canaux fronto-nasaux.

5° A travers cette échancrure, au moyen de gouges, de pinces coudées et de curettes appropriées, on attaque de haut en bas la lame perpendiculaire de l'ethmoïde qui sépare les deux canaux fronto-nasaux, et on la résèque sur la plus grande hauteur et la plus grande largeur possible. Il en résulte la création d'un vaste et unique infundibulum, servant de canal excréteur et de drain à la cavité opératoire, aussi l'opération terminée, il n'existe plus qu'un *seul sinus* et un *seul canal fronto-nasal.*

Quand il y a ethmoïdite concomitante, il est utile de réséquer préalablement les deux cornets moyens.

Enfin, les temps de la résection osseuse peuvent être renversés, on peut trépaner au dessous de la glabelle, de façon à rencontrer immédiatement la cloison inter-sinusienne, et de là, bifurquer en Y, à droite et à gauche, vers chaque sinus.

Georges Laurens a opéré trois malades par ce procédé, qui ont guéri sans récidive. L'un d'eux avait une mucocèle frontale bilatérale, avec fistule dans l'orbite. Un autre, une hexa-sinusite, fronto-ethmoïdo-maxillaire ; le troisième, une penta-sinusite, fronto-ethmoïdite avec maxillite unilatérale.

La difficulté de cette méthode réside dans la section de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde qui nécessite un outillage opératoire un peu spécial, c'est-à-dire des pinces et des curettes fortement coudées, sinon le talon butte contre le rebord osseux supérieur.

Les avantages sont réalisés surtout par le drainage considérable de la cavité bi-sinusale, drainage qui comprend toute l'étendue qui sépare en largeur les os propres du nez.

L'esthétique est sauvegardée, si l'on a soin de bien entailler l'os, un peu au-dessous du relief formé par la bosse frontale, c'est-à-dire au niveau de la racine du nez.

De Ponthière (de Charleroi). — **Sarcome de l'ethmoïde ; opération selon le procédé de Moure ; guérison.** — De Ponthière présente l'observation d'un cas de fibro-sarcome de l'ethmoïde opéré par la voie naso-orbitaire selon le procédé de Moure. Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans ; opérée, il y a neuf mois, elle ne présente pas encore de récidive, l'intervention ayant pu être faite largement. Le néoplasme avait le volume d'un œuf de pigeon.

Claoué (de Bordeaux). — **De la cure des fistules alvéolaires du sinus maxillaire.** — Le procédé vise surtout les fistules *larges*. Par deux incisions verticales le long des alvéoles voisines, on taille un lambeau rectangulaire gingival à base supérieure. Ce lambeau *en store* est relevé de bas en haut jusqu'au voisinage de l'incision horizontale de la cure radicale faite dans le sillon gingivo-jugal le plus haut possible. Puis, après avoir fait sauter la paroi alvéolaire externe de la fistule, avoir avivé la paroi postérieure de la fistule, on laisse retomber ce lambeau et on l'invagine soigneusement dans la tranchée, de façon que sa face profonde aille *boucher* l'orifice sinusal de la fistule. Il est maintenu en place par un bourdonnet de gaze tassé dans la tranchée.

La partie inférieure de la tranchée alvéolaire ainsi isolée du sinus guérit par deuxième intention comme aussi les petites surfaces voisines dépouillées de leur muqueuse.

Jacques (de Nancy). — **L'infection du sinus maxillaire par les kystes paradentaires suppurés.** — Le mode anatomique de transmission de l'infection du périodonte à la muqueuse de l'antre d'Highmore est encore mal élucidé. A côté des cas où le contage se transmet par continuité à travers le toit alvéolaire détruit, il en est d'autres, plus nombreux peut-être quoique moins connus, où l'infection franchit cette lame osseuse sans l'altérer macroscopiquement. Ce dernier processus a pu être mis en évidence par l'auteur dans deux cas remarquables de kystes dentaires suppurés.

Dans l'un, où il s'agissait d'un volumineux kyste paradentaire fermé, suppuré, mais non fétide, la muqueuse antrale était le siège d'un œdème chronique très accusé avec production myxomatoïdes dont l'une obturait la choane. L'autre fait concernait un kyste dentigère développé autour de la canine incluse et fistulisé en deux points. Le contenu était caséeux et fétide. Malgré l'intégrité apparente de la cloison kysto-sinusienne, le revêtement

muqueux de l'autre était rougi, infiltré, chagriné, très épaissi et baigné de pus également fétide. Dans l'un et l'autre cas, la propagation au sinus semblait s'être faite tardivement sous l'influence d'une action prolongée de voisinage. D'ailleurs Jacques a observé nombre d'autres exemples de kystes para-sinusiens abcédés sans réaction notable de la muqueuse highmorienne.

Lermoyez. — L'hypothèse, soutenue par Jacques, que l'infection partie d'une dent cariée peut cheminer à travers une cloison osseuse saine, pour parvenir au sinus maxillaire et inoculer sa muqueuse, ne me paraît pas absolument démontrée par les faits qu'il apporte. On ne saurait, en effet, assimiler la cloison osseuse, mince, souvent déhiscente et mal nourrie, qui sépare un kyste paradentaire de la cavité du sinus maxillaire, au solide massif alvéolaire qui, dans les conditions normales, enchâsse les racines des dents. Admettre qu'une infection puisse cheminer à travers une cloison saine, demande, pour chaque cas particulier, une démonstration histologique. Jadis Hinsberg a montré que, dans les cas où l'on voit des suppurations intra-crâniennes succéder à des sinusites frontales, bien que la table interne du sinus frontal soit microscopiquement saine, le microscope donne la raison de ce transport infectieux, en faisant voir dans la paroi osseuse prétendue intacte, une thrombo-phlébite des veinules perforantes. Il serait fort intéressant que Jacques put appuyer son intéressante hypothèse sur des constatations semblables.

Gault (de Dijon). — **Sur le traitement de l'ozène par les injections de paraffine solide.** — Le traitement de l'ozène par les injections de paraffine à 45° est efficace, mais notre expérience de cette méthode nous a convaincu qu'elle ne deviendrait réellement pratique que le jour où la technique opératoire, aujourd'hui si compliquée, serait simplifier.

Jusqu'à ces derniers temps, nous nous servions de l'appareil de Broeckaert et nous avons pu constater son utilité dans les cas moyens, mais à la condition de chauffer préalablement l'appareil. Quand l'atrophie des cornets est prononcée, le moindre mouvement de la main amplifié au niveau d'une aiguille très antérieure rend l'injection très difficile. D'autre part, l'appareil est lourd et volumineux, comme aussi les similaires parce qu'ils exigent un levier assez puissant pour pousser un gros cylindre de paraffine.

Au lieu d'augmenter la force, ne vaudrait-il pas mieux diminuer la résistance. Pour ce faire, il fallait un corps de pompe allongé se continuant avec une aiguille courte ; d'autre part, l'appareil

devait contenir seulement la quantité de paraffine nécessaire pour une injection.

Nous avons imaginé, fait construire, par la maison Simal et utilisé l'appareil que nous vous présentons et qui est basé sur les principes ci-dessus.

Il nous a donné toute satisfaction dans notre pratique et nous a permis d'injecter la paraffine *à 45° absolument à froid.*

A cet égard, les paraffines dont on se sert couramment ont un point de fusion bien plus bas que celui indiqué par les fabricants, et si l'on veut être sûr de sa paraffine, il faut la contrôler soi-même, car souvent à cet égard existent des écarts de 10 et 15°.

La paraffine réellement à 45° reste parfois adhérente à l'aiguille, d'où nécessité de séparer le cylindre injecté, de l'aiguille au moyen d'un stylet coudé légèrement chauffé.

On peut employer nos aiguilles, grosse, moyenne ou fine, avec ou sans manche. Une règle essentielle à observer, pour que la paraffine sorte à froid avec très faible pression du pouce, c'est que les aiguilles soient parfaitement propres.

Notre appareil est léger, peu encombrant, de prix modique, facile à stériliser, permet l'injection absolument à froid, permet enfin, étant donné son très faible volume, celui d'une sonde d'Itard n° 2, de piquer facilement au point qu'on désire, qu'il s'agisse de la tête du cornet, de la queue ou de la cloison.

F. Chavanne (de Lyon). — **Papillomes des fosses nasales.** — (Paraîtra *in extenso.*)

Roure (de Valence). — **Sur les anomalies osseuses du pharynx nasal dans leurs rapports avec l'adénotomie.** — L'auteur relate trois observations personnelles d'exostoses siégeant dans le pharynx nasal constatées à l'occasion de la recherche ou de l'ablation de végétations adénoïdes. Il passe en revue les dix observations analogues déjà publiées et établit qu'il s'agissait probablement d'un développement anormal du tubercule pharyngien et non de tubercule antérieur de l'atlas. Le tubercule pharyngien se trouve, en effet, au sommet du cavum au contact ou même au milieu de la masse adénoïdienne, alors que le tubercule de l'atlas se trouve beaucoup plus bas, à l'entrée même du naso-pharynx. Entre ces deux tubercules aucune crête osseuse ne peut être enlevée d'un coup de curette, car la paroi est, en cet endroit, constituée par un faisceau fibreux, le ligament occipito-atloïdien.

L'auteur conclut en disant que, toutes les fois qu'au cours d'une

adénotomie, on sectionne une crête osseuse adhérente à la masse adénoïdienne, il s'agit du tubercule pharyngien anormalement développé.

Séance du 15 mai.

Deuxième question mise à l'ordre du jour.

Moure (de Bordeaux) et Bouyer fils (de Cauterets) rapporteurs. — **Malmenage de la voix parlée et chantée (causes, effets, traitement)** (sera publié).

Discussion.

Vacher (d'Orléans) présente une étude sur la formation de la voix mixte. La voix humaine possède du moins deux registres, le registre inférieur dont l'émission s'accompagne de vibrations thoraciques, et le registre supérieur, improprement appelé *voix de tête*, dans lequel ces vibrations font presque défaut. Certains chanteurs possèdent aussi une voix mixte, qui n'est que la voix de poitrine atténuée, diminuée de force et prolongée de quelques notes dans le registre supérieur. La voix mixte permet au chanteur habile de prolonger son registre normal en donnant aux notes surélevées, pendant quelques instants, les mêmes qualités de timbre.

Les chanteurs qui ont la bonne fortune de posséder la voix mixte ont un timbre plus chaud, plus harmonieux, plus sympathique, ils fatiguent moins leurs cordes et gardent plus longtemps ces qualités de sonorité.

Les chanteurs qui ont une voix mixte ont un registre supérieur très diminué. Chez la femme, cette voix n'existe pour ainsi dire pas, elle peut passer très vite du registre inférieur au registre supérieur. Il est difficile d'admettre que dans le registre supérieur les cordes vocales vibrent seulement par leurs bords internes et leur couche muqueuse et que les muscles tenseurs sont en partie détendus. Vacher soutient, ainsi qu'il l'a montré dans sa thèse, que dans les deux registres les cordes vibrent dans toute leur épaisseur.

Dans les deux registres de la voix, c'est seulement la partie vibrante des cordes et leur tension qui font varier la hauteur du son; la force vient de la soufflerie, le timbre des cavités qui font office de résonateur.

Les causes du malmenage vocal viennent le plus souvent de ce que l'organe n'est pas employé selon ses aptitudes. Il est rare de trouver des professeurs de chant qui sachent bien classer les voix de leurs élèves. Les cordes vocales doivent subir un entraînement méthodique et lent. La meilleure méthode consiste dans une attaque douce dans tous les sons précédés d'un *l*.

Une autre cause de malmenage est l'obligation de chanter quand l'organe est fatigué; dans ce cas, le repos absolu est indiqué.

Mauvaise émission vocale dans le début des études. Effort violent pour étendre les registres; inégalité dans le travail des gammes, des exercices, des sons filés, des sons posés, usage intempestif de l'organe vocal, quand le repos complet s'impose, voilà les causes principales du malmenage.

L'auteur se plaint d'autre part de ce que trop souvent le chanteur néglige d'apprendre à respirer. Une cause très importante de fatigue est l'emploi du coup de glotte. Les airs écrits dans un registre trop élevé sont aussi souvent une cause du malmenage.

Lermoyez. — Il est un point, d'ailleurs encore fort obscur, que le remarquable rapport de Moure et Bouyer a laissé dans l'ombre: il est vrai que son titre n'en comportait pas le développement. C'est l'influence du malmenage de la voix non plus sur un larynx sain, mais sur un larynx atteint d'une affection organique grave, cancer, syphilis ou tuberculose.

De temps immémorial, les chirurgiens enseignent que le repos fonctionnel est la base du traitement d'un organe malade. Prétendre guérir une coxalgie sans l'immobiliser est une utopie. Le repos du larynx, c'est le silence, la diète vocale. J'ai toujours admiré la robuste confiance des jeunes laryngologistes qui curettent ou cautérisent les larynx tuberculeux, et espèrent ainsi les améliorer d'une façon durable, sans obliger de tels malades au silence absolu. Tout au contraire, le silence peut, à lui seul, amener des améliorations surprenantes, même dans des cas très avancés. C'est ainsi qu'agit la trachéotomie basse, en mettant le larynx au repos, par le silence forcé qu'elle impose. Faite à la phase ultime des cancéreux ou des tuberculeux vocaux pour parer à l'asphyxie prochaine, elle donne des résultats inespérés : la dysphagie disparaît parfois à sa suite, et le laryngoscope montre une régres-

sion partielle des lésions. S'appuyant sur ces faits, on a pu conseiller l'ouverture de la trachée chez des laryngo-tuberculeux non asphyxiants, comme mode de traitement de la dysphagie : on a même systématiquement proposé la trachéotomie précoce comme traitement radical des jeunes laryngites tuberculeuses.

Or, un fait récent m'a appris que le malmenage de la voix peut avoir des effets redoutables sur un larynx atteint d'affection organique, et que la seule correction de la mauvaise émission vocale peut amener des améliorations inespérées au même titre que l'obligation du silence.

Je fus consulté il y a un certain temps par un homme âgé, professionnel de la voix, qui se plaignait d'un enrouement intense : celui-ci s'était établi peu à peu et était survenu sans cause apparente. Comme il s'agissait d'un fumeur invétéré, je posai *a priori* le diagnostic de cancer du larynx. Mais l'examen laryngoscopique ne confirma pas nettement mes soupçons. Il y avait bien une immobilisation relative de la moitié gauche du larynx, qui était un peu empâtée : mais, les deux cordes vocales étaient épaissies, les bandes ventriculaires étaient érodées, un peu bourgeonnantes : les lésions étaient trop diffuses pour caractériser nettement un épithélioma. L'échec absolu du traitement spécifique permit d'éliminer l'hypothèse de la syphilis.

Une biopsie ne révéla pas non plus de tuberculose. Je restai donc fort embarrassé en présence de ce larynx enroué.

Le malade alla passer ses vacances à l'étranger, et me revint nettement amélioré au commencement de l'hiver dernier. Un maître étranger, après une observation patiente du malade, avait écarté toute idée de lésions organiques, et admis une laryngite ulcéreuse traumatique, due à une mauvaise émission vocale, entraînant de violentes contractions vocales du larynx, et provoquant entre les diverses parties de la glotte et de la sus-glotte des frottements anormaux, lesquels, dans un larynx atteint de catarrhe chronique, avaient abouti à des érosions mécaniques.

Il se contenta, pour tout traitement, de prescrire au malade de fréquentes vocalises suivant la méthode italienne, sur la syllabe MA. Cette correction du malmenage vocal préexistant eut un effet très heureux : les ulcérations glottiques et sus-glottiques se cicatrisèrent, seule la moitié gauche du larynx demeurait encore empâtée. Six mois plus tard, le bénéfice ainsi acquis était reperdu. Malgré les exercices vocaux faits avec méthode, l'enrouement reparaissait et un bourgeon nettement épithélial se montrait sur la bande ventriculaire gauche.

Mais, ce qui donne raison en partie au diagnostic de notre confrère étranger, c'est que sous l'influence des exercices vocaux, il y eut une amélioration étonnante de l'enrouement : les ulcérations diffuses du larynx avaient disparu, et, chose intéressante, les bandes ventriculaires qui, lors des premiers examens, s'accolaient spasmodiquement, empêchant la vue des parties sous-jacentes, dans la suite restèrent presque immobiles pendant l'émission vocale, et laissèrent bien voir la glotte. Elles ne frottaient plus anormalement l'une contre l'autre pendant la phonation.

Voilà donc un cas de cancer du larynx où le malmenage professionnel et ancien de la voix avait notablement aggravé les lésions, et où il a suffi de corriger les vices d'émission vocale pour amener une amélioration remarquable, constatée au miroir. Un enseignement thérapeutique découle de ce fait : c'est que chez les malades atteints d'affections chroniques du larynx, chez lesquels le silence est absolument impossible, on peut partiellement suppléer à ce dernier par la correction d'un malmenage vocal éventuel.

Castex, sans nulle intention de s'ériger en professeur de chant mais parlant seulement en laryngologiste, expose quelques idées personnelles.

1° La bonne méthode de chant est celle qui tient compte d'abord de la tessiture d'une voix, c'est-à-dire de sa place naturelle sur l'échelle vocale et qui s'en sert comme point de départ à son développement. C'est celle qui suit la nature plus qu'elle ne la conduit.

Elle s'intéresse particulièrement : à la respiration pour faire chanter, soutenu et lié ; à l'émission ou attaque du son qui se fait suivant les besoins, à glotte fermée ou à glotte entr'ouverte ; au rôle des résonateurs, à l'articulation, à l'emploi judicieux des voyelles qui assurent l'audibilité.

La voix ne doit pas donner dans la gorge, mais en dehors : « a fior di labre », disent les Italiens.

2° Les principales fautes de technique sont :

Mal respirer et mal attaquer la note ;

Laisser la voix sans appui sur le larynx ou les résonateurs ;

Monter trop en voix de poitrine ;

Exagérer les efforts du thorax (poitrine) ;

Le faux coup de glotte (coup de larynx) ;

L'abus de la vocalisation (survocalisation).

3° La durée des expériences sera de une ou deux heures par jour. Encore faut-il que ce soit par temps de cinq minutes à un

quart d'heure, avec des pauses réitérées. Mais il y a des voix qui ne connaissent pas la fatigue.

4° Il y a excès vocaux :

Quand on abuse de la soufflerie thoracique pour chanter trop fort en écrasant la voix ;

Quand on inspire trop profondément. « Pas d'emmagasinement. Respirez dans le chant comme quand vous parlez affaire » ;

Quand on ne proportionne pas sa voix à la capacité vibratoire de la salle où on chante.

5° Les principaux effets du malmenage sont : la congestion laryngée habituelle, les nodules vocaux, le relâchement de la muqueuse des cordes, l'emphysème pulmonaire, etc.

Les troubles vocaux sont : le chevrottement, la perte de l'aigu, la voix voilée, la dureté du timbre, la perte de l'appui, l'abaissement involontaire de la voix qui chante un quart de ton au-dessous, le trou (absence de voix) sur le passage du registre de poitrine au registre de tête.

Poyet. — Le malmenage de la voix existera tant qu'il n'y aura pas de méthode de chant. Il y a des professeurs qui enseignent selon leur méthode, c'est-à-dire selon la méthode d'après laquelle ils ont appris plus ou moins modifiée. Malheureusement ils ne tiennent pas compte des aptitudes des élèves et les forcent à faire ce qu'eux-mêmes ont fait. Duprez, par exemple était un grand chanteur. Le premier, il a pratiqué et enseigné le chant, appuyé sur la poitrine dans tout le registre vocal. Ce fut un mauvais professeur, car en voulant appliquer sa façon de chanter à tous ses élèves, il leur cassait rapidement la voix.

Ce qui est vrai, pour des professeurs, chanteurs eux-mêmes, est encore plus vrai quand il s'agit d'un professeur quelconque.

Aujourd'hui, tout musicien, compositeur ou instrumentiste, se fait professeur de chant ; quels conseils peuvent-ils donner ? C'est parmi leurs élèves que l'on trouve les sujets atteints de congestion chronique des cordes, d'épaississement, de catarrhe, de nodule, etc...

Une des grandes causes de malmenage doit être aussi mise sur le compte du mauvais recrutement des chanteurs. L'auteur ne veut parler que du recrutement officiel. Des élèves qui désirent entrer au Conservatoire on n'exige aucun certificat médical, sinon un certificat de vaccine. Or, parmi eux il s'en trouve de tuberculeux ; d'autres ont des affections chroniques des bronches, du cœur, ceux-là ne feront jamais que de mauvais chanteurs, sujets à tous les accidents de surmenage. Leur éducation terminée a coûté cher à l'Etat.

Pourquoi ne pas exiger, comme pour d'autres écoles, un examen physique pratiqué par des spécialistes.

Au travail des rapporteurs, l'auteur reproche de n'avoir pas assez en vue le traitement par le repos absolu de l'organe vocal, le seul curatif et véritablement efficace.

Kœnig. — Castex a parlé des bonnes et des mauvaises méthodes; or, il y a lieu de considérer aussi les bons et les mauvais professeurs. On peut connaître l'anatomie et la physiologie de l'organe vocal et être un éducateur de la voix déplorable. Le bon professeur est celui qui sait bien entendre.

Le repos vocal peut être obtenu avec des exercices faits dans la tessiture de la voix au moyen de voyelles précédées de consonnes douces (*m*, *l*) en faisant vibrer surtout les cavités de résonances de la tête. Cette méthode donne de bien meilleurs résultats que le repos absolu.

Lilli Lehman, dans son livre reproche à ce principe « mettre la voix en avant » de faire négliger par l'élève les résonances des cavités supérieures qui donnent le maximum de volume et de timbre avec le minimum de travail des cordes.

Glover montre l'utilité d'un contrôle pneumographique et radioscopique du thorax. A l'aide de ces deux moyens, les professeurs de chants et les médecins pourront vérifier les aptitudes organiques de l'appareil vocal au rendement exigé.

Meillon (de Cauterets). — Dans les cas de troubles dus au malmenage et au surmenage de la voix, il s'agit rarement d'une affection exclusivement laryngée et l'on a presque toujours affaire à un trouble de tout l'appareil expirateur.

J'ai toujours été frappé par l'inspiration bruyante qui précède chez ces malades l'essai vocal et examiné le jeu des muscles du larynx en période d'inspiration et d'expiration normales et en période d'inspiration et expiration phonatrices.

Presque toujours non seulement la fente glottique ne présente pas son aspect pentagonal ordinaire, mais les apophyses vocales s'adossent, les cadres se rapprochent ne laissant entre les aryténoïdes qu'un triangle plus ou moins petit, origine du bruit inspiratoire et vraisemblablement aussi des troubles phonatoires.

Tous ces malades, orateurs ou chanteurs, n'ont plus l'expiration lente nécessaire pour la phonation soutenue et ils intercalent de légers mouvements d'inspiration, inconvénients que l'on constate facilement à l'aide des graphiques simultanés des respirations abdominales et thoraciques.

Le humage de Cauterets rétablit des inspirations sans bruit,

profondes et courtes et les expirations chuchotées qui, au début, n'atteignaient que 5 à 6 secondes de durée, atteignent facilement 30 à 35 secondes, résultats que le repos seul et les thérapeutiques laryngiennes les plus variées n'avaient pu obtenir.

L'effet de la cure thermale se double ici du bénéfice que le malade retire du humage où il fait inconsciemment la rééducation de son appareil expirateur. Il n'a plus qu'à supprimer le malmenage et le surmenage.

Moure insiste à nouveau sur ce fait que les professeurs de chant devraient être guidés dans l'enseignement qu'ils donnent par des médecins spéciaux. Nul ne devrait être admis à enseigner le chant sans avoir passé un examen probatoire.

Le Congrès de la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie, estimant qu'il est nécessaire, au point de vue de l'art du chant, de cultiver la voix suivant des données physiologiques, émet, en conséquence, *les vœux suivants :*

1° Certaines connaissances scientifiques élémentaires d'ordre physique, anatomique et physiologique doivent être enseignées aux élèves des Conservatoires officiels.

2° Un laryngologiste devrait examiner ces élèves au moment de leur admission pour s'assurer de l'aptitude de leurs organes vocaux, et en cours d'études pour surveiller l'état de ces organes dans l'entraînement.

La Société décide de transmettre ces vœux à M. le Ministre des Beaux-Arts.

Sieur (de Paris). — **Trois cas d'abcès du cerveau d'origine otitique.** — L'auteur présente 3 cas d'abcès du cerveau et à propos de ces cas, il estime qu'il y aurait lieu de réviser *les règles classiques* qui ont présidé jusqu'ici à l'intervention chirurgicale dans les complications endocraniennes d'origine otitique.

Les signes cliniques doivent seuls servir de guide en pareil cas et il y a lieu d'apporter la plus grande attention au relevé de ces signes, si l'on veut établir un diagnostic précis.

Lermoyez. — L'incertitude du diagnostic, dans les complications intra-craniennes des otites, est une cause évidente de bien de nos insuccès opératoires. Nous arrivons souvent trop tard, faute d'avoir pu nous documenter de bonne heure.

La nécessité d'un diagnostic précoce et précis s'affirme surtout en matière de méningite auriculaire.

Tant que nous n'avons eu, pour en faire le diagnostic, que les classiques signes cliniques, nous ne reconnaissions la maladie

qu'en ses derniers jours, où toute intervention est presque fatalement vouée à l'impuissance. Du drame oto-méningé, nous ne connaissions que le cinquième acte.

Les méthodes de laboratoire nous ont donné des signes de diagnostic plus précoces, et depuis l'usage courant de la ponction lombaire, le nombre des méningites auriculaires guéries opératoirement va de jour en jour en augmentant.

Toutefois, si la ponction lombaire nous a permis de reconnaître de bonne heure l'existence des suppurations méningées et d'intervenir d'une façon hâtive, elle ne nous a pas mis entre les mains de moyen bien précis de discerner les divers types de méningite. Et il est certain que notre conduite, vis-à-vis de ces complications, demeure encore un peu controversée, et dépend plutôt des tendances personnelles de l'auriste que de l'analyse exacte des faits.

L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien nous donne des renseignements intéressants ; mais, qu'il s'agisse de pneumocoques ou de streptocoques, notre traitement reste le même.

Un travail récent de Widal et Lemierre vient d'introduire en ces matières un signe nouveau, qui doit nous être de grande utilité, et nous mener vers une thérapeutique plus rationnelle, et partant plus heureuse des méningites.

Un certain nombre de cas de méningites guéries, rapportées par divers auteurs, étaient des méningites si peu virulentes, que l'on n'avait trouvé aucun élément bactérien dans le liquide céphalo-rachidien, qui, bien que purulent, n'avait pu cultiver. Les auristes Allemands ont nié ces méningites purulentes sans microbes : certains avaient même admis qu'il ne s'agissait là que d'un hypopyon de la moelle, dû à la sortie par pesanteur d'un peu de pus venu d'un abcès encéphalique méconnu.

Or, Widal et Lemierre viennent de démontrer très élégamment que ces méningites a-microbiennes, à liquide puriforme, existent bien réellement, et qu'elles sont fréquentes.

Ce qui les caractérise histologiquement, et au premier coup d'œil, c'est l'intégrité des polynucléaires qui abondent dans le liquide céphalo-rachidien. Ceux-ci ont conservé leur aspect normal, tandis que dans les méningites microbiennes, ils prennent les formes dégénératives, qui caractérisent les globules du pus. Pas n'est besoin de cultiver un liquide céphalo-rachidien qui se caractérise ainsi ; on peut presque sûrement être convaincu de sa stérilité.

C'est qu'en effet, lorsque le liquide céphalo rachidien est in-

fecté, les polynucléaires, qui ont des assauts à donner aux microbes pathogènes, s'altèrent et se détruisent durant cette lutte et l'on trouve sur un champ de bataille méningé un grand nombre de leurs cadavres sous forme d'éléments de pus.

Lorsqu'au contraire, la méningite est a-microbienne, les polynucléaires n'ont aucune lutte à soutenir : ils demeurent intacts.

Ces méningites a-microbiennes, à polynucléaires intacts, sont des méningites excessivement bénignes, courtes et curables presque toujours spontanément. Elles traduisent seulement un état congestif des méninges, qui atteint un degré d'intensité tel, que les globules blancs sortent des vaisseaux de la pie-mère par diapédèse ; mais elles ne comportent point de processus de suppuration.

Nous avons donc, en oto-chirurgie à tenir désormais grand compte de ce signe nouveau. Il faut, en présence d'un liquide de céphalo-rachidien purulent, ne pas immédiatement croire à une méningite grave et instituer d'urgence une cure radicale ; mais, avant tout, rechercher quel est, dans ce liquide, l'état des polynucléaires ; et si ces globules blancs se montrent intacts, porter un pronostic favorable et savoir nous abstenir de toute intervention précipitée ; car il semble que ces méningites congestives pseudo-purulentes aient une très grande tendance à guérir spontanément et rapidement.

Lannois montre qu'il y a des cas où on ne rencontre pas toujours de microbes. Il cite une observation de ce fait dans laquelle on trouva des polynucléaires et des lymphocites abondants : il s'agissait d'un abcès cérébelleux.

Sieur, en réponse à Lermoyez citant le cas d'un syphilitique chez lequel une ponction lombaire avait permis de retirer du pus, alors que ce malade n'avait aucun signe d'une lésion méningitique, rapporte le fait d'un otorrhéique chronique mort brusquement et à l'autopsie duquel on trouva du pus dans les méninges et un petit abcès du lobe temporal. Or, ce malade n'avait jamais eu ni douleur, ni fièvre, ni aucun symptôme se rapportant aux graves lésions rencontrées chez lui.

Bellin (de Paris). — **Volumineux abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche opéré et guéri.** — Malade de 30 ans, otorrhée gauche non soignée depuis l'âge de 11 ans. Entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de Lermoyez le 16 août 1906. La veille, le malade a perdu connaissance pendant plusieurs heures. Il souffre atrocement de la tête depuis quinze jours, sa température est de 39°, il

a son pouls à 100, il est amaigri, a le teint terreux. Il est un peu assommé, mais répond cependant aux questions qu'on lui pose. Pas de symptômes de localisation cérébrale, pas de signes de méningite. Ecoulement fétide par l'oreille gauche qui est remplie de pus et de bourgeons charnus. Mastoïde douloureuse sur toute son étendue.

Evidement pétro-mastoïdien. — Le sinus largement mis à nu est sain. Le toit de l'antre a disparu et la dure-mère est fongueuse, de mauvais aspect à ce niveau. Le lendemain de l'opération apparut un symptôme nouveau, de l'aphasie et de la paraphasie. Le malade est endormi à nouveau. L'exploration du cerveau à la sonde cannelée au niveau du toit de l'antre donne issue à une grande quantité de liquide fétide, séro-purulent. Un second orifice de trépanation est fait dans l'écaille du temporal à 2 centimètres au-dessus de l'antre. La dure-mère mise à nu est saine. On ponctionne dans la direction de l'abcès dont la cavité est immédiatement retrouvée. Un gros drain est passé de l'orifice temporal à l'orifice antral. Un second drain est mis parallèlement au premier par l'orifice inférieur, le tout bien maintenu en place par des mèches de gaze humide. Tout allait bien quand, le 11 septembre, le malade retombe dans le sub-coma, devient absolument gâteux, la température remonte à 38° et une hernie cérébrale du volume d'une grosse noix apparaît par la trépanation supérieure. Le drain qui avait été diminué de volume est remis aussi gros que possible ; au bout de quelques jours, le malade allait mieux ; à partir de ce moment, la guérison se fit assez rapidement. Sorti de l'hôpital le 5 novembre, le malade avait encore de la difficulté pour retrouver le nom des objets et pour parler.

Le malade revu le 12 mai 1907, va bien et n'a plus de difficulté our parler.

JACQUES et DURAND (de Nancy). — **Inspection otologique des écoles municipales à Nancy** (Paraîtra *in extenso*).

TRÉTROP (Anvers). — **De l'acoumétrie millimétrique. Echelle métrique pour la mesure de l'ouïe.** — Trétrop a présenté en 1901, à la Société de médecine d'Anvers, et en 1902, à la Société belge d'oto-rhino-laryngologie, un acoumètre millimétrique qui lui rend depuis six ans les plus grands services dans la pratique journalière.

Cet acoumètre basé, sur l'induction, a deux parties distinctes : une partie phonique et une partie réceptrice. La partie réceptrice seule est dans le cabinet de consultation.

Les sons produits mécaniquement sont recueillis par des transmetteurs microphoniques et réduits dans la partie réceptrice au point de pouvoir être mesurés pour une ouïe très fine à l'aide d'une échelle de 300 millimètres seulement.

La valeur auditive moyenne normale a été établie par des mesures prises sur un grand nombre de sujets normaux. L'auteur a constaté ainsi que les valeurs de chacune des oreilles ne sont jamais identiques.

L'acoumétrie millimétrique renseigne les sujets normaux en cas de doute sur le maintien ou la diminution de l'ouïe. Chez les malades, elle fournit une base fixe pour le traitement. Les composantes de l'acoumètre sont des constantes, le sujet seul varie. La simulation est impossible et la méthode peut servir à toutes les expertises de l'ouïe.

Trétrop indique la signification des lacunes et des particularités relevées au cours d'une acoumétrie. Il prend toujours l'acoumétrie avant un traitement ou une opération si l'ouïe est en cause.

Suit une série d'acoumétries avant et après traitement ou opération.

L'acoumétrie millimétrique a donné tant de satisfaction à l'auteur, les malades y ont puisé tant d'encouragements à se soumettre au traitement le plus souvent de longue durée, qu'après une assez longue expérience, il recommande vivement à ses collègues d'y avoir recours.

Lannois (de Lyon). — **Mastoïdite aiguë par furonculose du conduit.** — Jeune homme ayant des démangeaisons fréquentes dans les conduits qui, peu de temps après avoir eu des furoncles du cou, en vit apparaître dans un conduit auditif droit. Ceux-ci se compliquèrent bientôt de mastoïdite qui fut opérée et évolua normalement. Il est probable que l'infection s'est faite par les cellules limitrophes du conduit. C'est un simple fait à ajouter aux complications possibles de la furonculose du conduit.

Lannois. — **Séquestration presque totale des deux rochers** (paraîtra *in extenso*).

Guisez. — **Ostéomyélite chronique condensante des os du crâne consécutive à une otite ancienne suppurée.** — Guisez rapporte l'observation d'une jeune fille chez qui il a pratiqué toute une série d'interventions pour phénomènes douloureux s'étant propagés dans les os plats occipital, temporal, pariétal à la suite d'une

carie du rocher. On pouvait croire à des phénomènes d'ostéite. Mais à chaque intervention l'état macroscopique de l'os ne faisait percevoir qu'un peu de durcissement, d'éburnation de l'os et n'empêchait pas du reste les phénomènes douloureux de se reproduire et de se localiser quelque temps plus tard à un autre endroit. L'examen histologique pratiqué par Hallion a démontré qu'il s'agissait nettement d'une forme d'ostéite condensante qui envahit les os plats du crâne et est la cause de ces douleurs très vives dont souffre atrocement la malade. Cette forme d'ostéomyélite chronique condensante n'était pas encore décrite.

Guisez. — **Thrombose du sinus et de la jugulaire, ouverture du golfe à travers le trou déchiré postérieur. Ligature de la jugulaire. Guérison.** — Guisez rapporte le cas d'un enfant de 12 ans qui à la suite d'une otite présenta des signes très nets de thrombose du sinus latéral. Le sinus est dénudé dans toute son étendue, il est trouvé thrombosé, rempli de caillots puriformes. La jugulaire est liée au-dessus du tronc thyro-linguo-facial. On poursuit la dénudation du sinus jusqu'au golfe qui est ouvert, il est rempli de thromboses. La jugulaire est ouverte de bas en haut. Etablissement d'un large drainage dans le cou.

La fièvre reste élevée pendant encore dix jours, oscillant entre 38° et 39° avec phénomènes adynamiques très marqués. La guérison vint cependant très lentement au bout de deux mois. La guérison est aujourd'hui tout à fait complète.

Lafite-Dupont, à propos de la technique opératoire employée par l'auteur, fait remarquer que le nerf spinal dans sa branche externe passe quelquefois en arrière de la jugulaire. Ce n'est donc pas un point de repère fidèle pour se diriger au golfe. Les origines, le trajet et les rapports au niveau du ventre postérieur du digastrique, de l'artère occipital sont variables, de même que ses connexions avec le nerf facial dont les branches se bifurquent à une hauteur variable. Les divers rapports du spinal dans cette région ont été étudiés dans la thèse de Robert Leroux. Ils sont utiles à connaître dans l'exécution de l'opération du golfe de la jugulaire.

Séance du 16 mai.

De Ponthière (de Charleroi). — **Trois volumineux fibromes de la caisse tympanique.** — L'auteur présente ces trois tumeurs qu'il a enlevées à l'anse froide, par le conduit auditif, chez de vieux otorrhéiques. Elles sont remarquables par leurs énormes dimensions. Leur ablation amena la guérison de l'otorrhée chez les trois malades.

H. Caboche. — **Contribution à l'étude de l'antrotomie précoce au cours de certaines formes de suppurations aiguës de l'oreille** (sera publié *in extenso*).

H. Caboche. — **Cholestéatome antral volumineux. Thrombose cholestéatomateuse du sinus latéral. Périphlébite jugulaire suppurée et endophlébite avec ouverture spontanée dans le pharynx. Ligature de la jugulaire, mort.** — C'est une observation d'un intérêt uniquement documentaire : volumineux cholestéatome temporal de la dimension de deux noix ; ayant envahi à la façon d'une tumeur maligne le sinus latéral, créant une thrombose cholestéatomateuse du sinus.

Dufays (de Saint-Quentin). — **Ostéite bacillaire du temporal simulant une mastoïdite.** — Observation d'un enfant de 5 ans, chez qui éclatent, cinq mois après la guérison d'une otite rubéoleuse banale, des symptômes de mastoïdite aiguë sans fièvre et sans retentissement sur l'état général. Après quelques jours, l'évolution se fait dans le sens de la chronicité, la tuméfaction apophysaire gagne la fosse temporale, et bientôt s'affirment tous les caractères d'un abcès froid. L'incision de la collection conduit, à travers un décollement étendu de périoste, sur un foyer osseux sous-cortical manifestement tuberculeux. Guérison rapide et définitive.

La tuberculose primitivement osseuse de la mastoïde est fréquente dans la première enfance 13 % (Isemer), 21 % (Henrici), 71 % (Grimmer) des mastoïdites aiguës de cet âge seraient tuberculeuses. Ces statistiques ont été obtenues en recherchant systématiquement le bacille de Koch dans les fongosités. Les symptômes sont peu différents de ceux de la mastoïdite aiguë, ce qui explique que sa nature vraie soit si souvent méconnue. L'otite du début fait

fréquemment défaut : quand elle existe, elle n'agit que comme cause occasionnelle. Dans d'autres cas, les symptômes mastoïdiens deviennent l'apparition de l'écoulement. En dehors des recherches microscopiques, seules l'atténuation des symptômes généraux et subjectifs ou l'apparition d'une mastoïdite sans otite peuvent donner l'éveil.

La richesse de la mastoïde infantile en tissu spongieux, la rareté de la bacillose des voies aériennes à cet âge, expliquent la prédominance de cette forme primitive et hématogène de tuberculose.

Il est à remarquer que la caisse est souvent épargnée, la paralysie faciale rare et que l'antrotomie suffit dans la plupart des cas. Le pronostic est habituellement favorable, sauf dans la première année de la vie.

LERMOYEZ et MAHU. — **Contribution au traitement de l'otite adhésive.** — Une trentaine de malades atteints d'otite adhésive des trois types différents (cicatriciel, catarrhal, accidentel) avec surdité et parfois bourdonnements, ont été améliorés à des degrés divers au moyen de simples bains locaux ou d'instillations dans la caisse, par la voie tubaire, d'une solution de *thiosinamine*, suivis d'aspiration du fond de caisse par le conduit (masseur de Delstanche).

Après avoir essayé sans succès, en 1902, à l'exemple de plusieurs autres auteurs, les injections hypodermiques, Lermoyez et Mahu obtinrent leurs premiers résultats satisfaisants, communiqués à la Société de laryngologie de Paris, le 20 juillet 1906, avec des bains à l'aide de la solution alcoolique à 15 $^0/_0$. En raison des inconvénients constatés (hémorrhagies, retour de l'otorrhée) ils se sont arrêtés à une solution aqueuse préparée pour la première fois par Michel et qui a pour formule :

Thiosinamine	15
Antipyrine	7,5
Eau distillée.	100

M. LERMOYEZ. — Le traitement de la surdité est un terrain dangereux, sur lequel il ne faut avancer qu'avec les plus grandes précautions. Tant de méthodes de cure radicale nous ont été proposées dont la décadence a suivi de près la grandeur, que nous avons le droit et même le devoir de nous montrer méfiants vis-à-vis de tout nouveau procédé qui se présente à nous, porteur d'espérances nouvelles. Néanmoins, on aurait tort d'être systéma-

tique, et de nier ou d'affirmer de prime abord ; car, en matière de surdité, le scepticisme est stérile, et l'enthousiasme, souvent intéressé.

Si tant d'avis divergents ont pu, de bonne foi, être émis au sujet du traitement de la surdité, c'est que nous ne nous attachons pas assez à poser exactement le diagnostic anatomique de ses lésions. La plupart des malades sourds sont hâtivement étiquetés : « otite sèche, catarrhe chronique de l'oreille, etc. » Et presque tous ont été systématiquement soumis aux insufflations d'air.

Or, si l'otiatrie doit consister seulement à introduire un cathéter dans le nez de tous les sourds et à y souffler, il n'est pas besoin que nous demandions aux pouvoirs publics d'introduire l'enseignement obligatoire de l'otologie dans les programmes des facultés de médecine. Tout le monde peut devenir auriste en trois leçons.

Il importe donc, avant d'entreprendre un traitement nouveau, de bien préciser la nature de la surdité qu'on est appelé à soigner. Or, les sourds atteints d'otite sèche, c'est-à-dire de lésion organique non suppurative de l'oreille, peuvent être classés en trois groupes nettement différenciés.

J'entends déjà qu'on m'objecte que cette classification est artificielle et que beaucoup de cas mixtes ou de transition sont incapables d'être catégorisés. Cependant, lorsque, dans les sciences naturelles, dont nous sommes, on veut établir une classification, il ne faut considérer que les cas types : jamais Linné n'aurait pu établir le classement précis des familles botaniques, s'il s'était laissé arrêter par le souci de ménager les plantes hybrides.

Ces trois groupes de sourds sont : les labyrinthiques, les otoscléreux, les adhésifs.

Les labyrinthiques sont les sourds d'âge mûr que nous voyons le plus souvent dans nos cabinets. Ainsi qu'Escat l'a fort bien mis en lumière, ce sont surtout des « vasculaires ». Leur labyrinthe est atteint d'artério-sclérose : plus rarement, il est détruit par une infection hématogène, syphilis ou autre. Ces malades ne sont justiciables d'aucun traitement local : ce sont leurs artères, non pas leurs trompes, qu'il faudrait déboucher. Et si de temps en temps on en rencontre quelques-uns qui ont pu bénéficier de la raréfaction faite dans leur conduit, ou d'un bougirage qui a eu un heureux réflexe, le plus souvent, nous entendons les doléances de ces malades, qui déclarent avoir vu leurs troubles s'aggraver à la suite de cathétérismes intempestifs. D'autant plus qu'il est souvent fort difficile de localiser les lésions vasculaires, qui présentent à peu près les mêmes symptômes, qu'elles siègent dans les

canaux labyrinthiques, ou dans les noyaux bulbaires. Vraiment, que peut la poire de Politzer en pareil cas? Ces malades relèvent exclusivement du traitement médical : il faut traiter leurs oreilles comme on traite leurs reins ou leur myocarde.

Les oto-scléreux sont atteints d'une affection bien mise en lumière par les travaux de Politzer et de Siebenmann, et qui a pour substratum anatomique une maladie protopathique de la capsule osseuse du labyrinthe, laquelle se transforme en tissu spongieux et pousse dans les cavités de l'oreille interne des exostoses : celles-ci compriment et écrasent les organes délicats du labyrinthe membraneux. Cette oto-sclérose, maladie du tissu osseux, est jusqu'ici rebelle à toute thérapeutique médicale ou chirurgicale. On a conseillé de la traiter par le phosphore; médicament électif des os, sans grand succès d'ailleurs. Quant au traitement local, il ne peut être excusé, quand il est appliqué, que par une faute de diagnostic. Que peut bien faire un cathétérisme sur une prolifération osseuse endo-lymphatique? Autant vaudrait traiter la dystocie des femmes à bassin rachitique rétréci par des lavements gazeux.

Restent les adhésifs. Rentrent dans cette catégorie les otites moyennes chroniques, consécutives à l'ancienne suppuration ou à des catarrhes non suppurés récidivants.

Ce sont des lésions cicatricielles, généralement arrêtées dans leur évolution. Ici, le traitement local retrouve ses droits et contre de telles adhérences, la chirurgie intra-tympanique a multiplié des méthodes opératoires, sans résultat bien avantageux.

C'est contre ces otites adhésives seulement que la thiosinamine doit être employée. Encore, si l'on ne veut pas courir à des échecs, faut-il sélectionner les espèces de ce groupe adhésif. Il en faut d'abord éliminer les otites adhésives dans lesquelles une mauvaise conduction osseuse montre que le labyrinthe a participé au processus : ce qui, par voie centripète, arrive à la longue chez ces malades.

Il faut également éliminer ceux chez qui l'épreuve de Gellé faite à plusieurs reprises montre un étrier immobilisé.

Toutes ces éliminations faites, il ne reste plus, en somme, qu'un petit nombre de malades justiciables de la thiosinamine : ce sont les adhésifs à bon labyrinthe et à étrier mobile : les seuls d'ailleurs qui relèvent ainsi de la petite chirurgie intra-tympanique.

Or, chez eux, la thiosinamine semble donner des résultats avantageux. Ces résultats sont-ils durables? sont-ils réels? Une pratique plus grande de ce traitement pourra seul fournir dans l'avenir une réponse ferme à ces doutes. Toujours est-il qu'il me

paraît y avoir dans ce médicament quelque chose de bon. Et tout au moins a-t-il l'avantage d'être d'une application facile, et de ne pas nécessiter, comme le demandaient jadis bien des méthodes mortes depuis, une véritable initiation réservée à peu d'élus.

Moure fait une différence, au point de vue du traitement, entre l'otite adhésive catarrhale et l'otite adhésive suite de suppuration. Mieux qu'aucune autre, cette dernière justifie l'usage de la thiosinamine.

Kœnig emploie volontiers dans le même but la tiodine.

Heckel. — **De la signification du bouchon de cérumen.** — Heckel faisant table rase des anciennes théories mécaniques du bouchon de cérumen en donne la pathogénie suivante :

Le bouchon est dû à l'hyperfonction des glandes du conduit. Cette hypersécrétion réflexe est à grand circuit ou à petit circuit. Le réflexe sécrétoire à petit circuit est dû à des lésions irritatives de la peau du conduit : eczémas divers, séborrhées, pityriasis, furonculose, et d'une façon générale, infection locale de l'épiderme du conduit avec tout ce que l'on sait du rôle de l'état général et des traumatismes habituels (ongle, épingle, porte-plume) dans la genèse de ces infections locales. Le réflexe sécrétoire à long circuit est produit par toutes les excitations diverses pouvant partir soit d'une partie quelconque de l'appareil auditif, muqueuse de la trompe, caisse, oreille interne; soit des parties voisines (muqueuse pharyngée, nasale) soit de territoires plus éloignés de l'organisme (estomac, système nerveux). Il compare cette hypersécrétion à la sialorrhée réflexe. Au point de vue pratique, Heckel attire l'attention sur ce fait qu'en présence d'un bouchon de cérumen accompagné de diminution de l'ouïe, il ne faut pas se hâter de porter un pronostic bénin pour l'audition. Souvent derrière ces bouchons se cachent des lésions catarrhales dans la trompe et la caisse, et elles produisent une part de la surdité attribuée au bouchon. D'après sa statistique personnelle, Heckel estime à 60 $^0/_0$ le nombre de bouchons accompagnés de surdités tubo-tympaniques en évolution. Il admet que le bouchon de cérumen (et le bouchon épidermique qui s'y associe si souvent) est cliniquement un signe de surdité précoce, et que tout n'est pas fini après le lavage thérapeutique de l'oreille.

Le médecin et le spécialiste doivent s'inquiéter de sa pathogénie et savoir dépister et traiter les surdités graves qu'il cache. Le fait est surtout probant s'il s'agit de bouchons doubles et à répétition. Il faut éviter de prendre pour la cause du bouchon les dermatites

du conduit qui l'accompagnent à la longue, et toujours faire un examen complet de l'oreille, qui laissera place à bien des surprises.

Heckel. — **Hypertrophie des amygdales à l'âge adulte, signe de syphilis latente.** — A côté du bouchon syphilitique secondaire de Cornil il existe des hypertrophies silencieuses et rapides des amygdales et des quatre amygdales, mais surtout des palatines, sans réaction inflammatoire, et qui récidivent très vite après ablation. Les caractères de l'hypertrophie sont typiques et ont l'allure de celle du lymphathisme. Heckel pense que ces faits sont plus fréquents chez les adultes qui ont été autrefois lymphatiques et adénoïdiens, et il se demande si la syphilis, comme toute maladie infectieuse ne réveille pas cet adénoïdisme (analogie avec le paludisme et les fièvres éruptives). En tout cas le traitement spécifique doit cliniquement servir à juger toute hypertrophie inexplicable chez un adulte de l'une ou plusieurs des amygdales (il a observé souvent le retour de vraies végétations adénoïdes et granulations pharyngées), en dehors de toute infection autre, grippe, rhumatisme, etc. L'absence de phénomènes inflammatoires violents et la récidive rapide doivent faire rechercher aussitôt l'étiologie syphilitique. Si volumineuses que puissent être ces hypertrophies, elles disparaissent en quinze jours de KI à forte dose (5 grammes).

Castex. — **Suite de recherches sur la surdi-mutité.** — La surdimutité acquise, sans cause apparente, peut tenir à une méningite fruste, telle la variété ambulatoire qui n'oblige pas le malade à s'aliter.

L'oreille moyenne est généralement normale de même que le larynx encore que les cordes soient un peu molles.

La plupart de ces enfants perçoivent le frémissement, la vibration du diapason, mais non sa sonorité.

Leur voix est instable parce que les organes d'articulation ne se fixent pas.

Les leçons de chant servent à rendre leur voix moins monotone, à la mobiliser et musicaliser un peu.

Le développement intellectuel et moral de ces enfants est très satisfaisant.

Castex. — **Mastoïdite de Bezold et méningite.** — A. Castex relate l'observation d'une mastoïdite de la partie profonde de l'apophyse survenue *secondairement* chez une femme âgée, à la suite

d'une infection générale révélée par un panaris grave, une double amygdalite, de l'albuminurie et la courbe thermique.

Elle évolua de façon latente sans infection certaine de l'oreille moyenne.

Seul un *torticolis* très marqué signalait la mastoïdite à siège profond (mastoïdite de Bezold).

Malgré deux opérations distinctes la malade fut emportée par une méningite diffuse qui semble devoir être rattachée à l'infection générale plutôt qu'aux complications otiques.

MOURET (de Montpellier). — **De la résection du cornet inférieur dans la cure radicale de la sinusite maxillaire.** — Mouret n'est pas partisan de la résection large du cornet inférieur dans la cure radicale de la sinusite maxillaire par la voie buccale, avec contre-ouverture naso-sinusienne. La résection étendue du cornet inférieur trouble la fonction nasale. Les opérés, qui l'ont subie, présentent, dans la suite, de la sécheresse dans le nez et se plaignent de la formation de croûtes qui s'accumulent dans la fosse nasale.

Le cornet inférieur, par sa présence dans la fosse nasale, réchauffe l'air venu de l'extérieur et lui donne, par le mucus qu'il sécrète, une partie de l'humidité nécessaire lorsque cet air est trop sec ; il favorise le dépôt des poussières qu'il contient ; rend plus grande sa vitesse durant son passage dans le nez, en rétrécissant, comme il convient, la fosse nasale et favorise ainsi l'expulsion des mucosités nasales ; par ses propres sécrétions, le cornet entretient l'humidité des mucosités venues des parties supérieures et empêche ainsi leur dessiccation, c'est-à-dire la formation de croûtes et leur stagnation sur le plancher nasal.

Des raisons invoquées pour faire la plus large possible l'ouverture naso-sinusienne (surveillance facile, épidermisation plus rapide, large drainage de la cavité opérée), celle d'un bon drainage est seule démontrée. Or, comme ce drainage doit être fait à la partie la plus déclive du sinus et de la fosse nasale, il convient de faire l'ouverture dans le méat inférieur. D'ailleurs les dimensions de la paroi externe du méat sont assez grandes pour permettre de faire un orifice de plus de 2 centimètres et demi de long sur 1 centimètre et demi de haut, ce qui est bien suffisant.

Le drainage peut se faire facilement par le méat inférieur. L'espace qui existe entre le plancher nasal et le bord libre du cornet est suffisant, dans la plupart des cas, pour laisser passer une mèche de gaze, du sinus dans la fosse nasale, à travers la brèche

de la paroi externe du méat inférieur. Ce n'est que dans les cas où le cornet inférieur, hypertrophié ou déjeté contre la paroi externe du méat inférieur peut gêner le drainage du sinus maxillaire par le méat inférieur, qu'il peut être nécessaire de le réséquer partiellement, mais encore cette résection doit être aussi limitée que possible.

Lorsque le cornet est hypertrophié et rétrécit trop l'espace qui sépare son bord inférieur du plancher nasal, il convient de réséquer ce bord sur une étendue suffisante pour faciliter le passage de la fosse nasale dans le méat inférieur et dans le sinus maxillaire.

Lorsque le cornet est aplati contre la paroi externe du méat inférieur (soit par la présence d'un épaississement, soit par la déviation de la cloison), il faut réséquer le corps même du cornet sur une étendue suffisante, permettant un bon drainage par la fenêtre sinuso-nasale : dans ce cas, en effet, le cornet conservé jouerait, à l'égard de cette fenêtre, le rôle d'un volet fermé sur une croisée ouverte.

La conservation intégrale du cornet inférieur, ou tout au moins sa résection partielle et aussi limitée que possible, ménagent le bon fonctionnement de la fosse nasale, dans lequel le cornet inférieur joue un rôle important.

J. Fournié (de Paris). — **Des mastoïdites aiguës latentes.** — L'inflammation tubo-otique peut s'accompagner de mastoïdite à forme subaiguë ou chronique d'emblée. Dans ces cas, déjà décrits, l'otite, catarrhale ou suppurée, est généralement tout atténuée et n'est souvent pas la première poussée du côté de l'oreille.

L'évolution mastoïdienne se traduit alors par une opposition entre la température, peu élevée ou presque nulle. et les phénomènes douloureux à caractères surtout névralgiques ; la trépanation montre généralement des lésions fongueuses peu étendues d'ordinaire.

Il est cependant des cas où, succédant à une otite aiguë franche, l'évolution mastoïdienne peut durer pour ainsi dire indéfiniment, sans fièvre et sans autre signe extérieur que la douleur mastoïdienne à la pression. Ce signe, dans notre observation II, marqua dès le début cette évolution mastoïdienne chronique d'emblée, suivant immédiatement et sans phase silencieuse la guérison d'une otite grippale très aiguë. La trépanation montra une fonte purulente associée à des lésions fongueuses.

Indications opératoires. — Ne pas attendre plus de quinze jours

à trois semaines pour intervenir et non seulement ouvrir les cellules mastoïdiennes, mais toujours faire simultanément l'antrotomie.

Cauzard a eu l'occasion de trépaner chez un homme âgé de plus de 50 ans, à quinze jours d'intervalle les deux mastoïdes, — la deuxième mastoïde a été ouverte plus de six semaines après la fin d'une suppuration de quarante-huit heures, et les lésions ont été trouvées considérables — (ouverture de la loge cérébelleuse) après l'ouverture de la corticale très épaisse.

Malherbe (de Paris). — **De l'électroïonisation transtympanique.** — La méthode que nous utilisons depuis quelques années sous ce nom, permet d'introduire dans les cavités de l'oreille des substances médicamenteuses variées. Nous avons expérimenté un certain nombre de ces substances : solution de chlorure ou d'iodure de sodium, de salicylate de soude, de nitrate de pilocarpine, de chlorure de zinc, de lithium.

Notre technique comprend un petit spéculum en celluloïde en rapport, suivant les cas, avec l'un des pôles du générateur et d'autre part une fine bougie introduite dans la caisse *per tubam* et en rapport avec l'autre pôle. On atteint progressivement 1, 2 milliampères, pendant six à huit minutes. Sous l'influence du courant, les ions des solutions employées traversent la membrane tympanique et vont vers l'électrode de la caisse, les ions introduits vont se substituer aux ions des tissus, produisant une action médicamenteuse plus puissante qu'aucun autre mode de traitement.

H. Bourgeois (de Paris). — Nous avons nous-même appliqué la méthode de Leduc au traitement des otites sèches : ces expériences ont été faites depuis le mois d'octobre 1906, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître Lermoyez, que nous avions l'honneur de remplacer, et avec la collaboration, pour la partie électrique, de Maingot, externe des hôpitaux. L'intensité du courant employé n'a jamais dépassé 1 milli à 1 milliampère et demi ; l'électrode, indifférente ou positive, était placée sur l'avant-bras, l'électrode active était constituée de la façon suivante : la tête du patient étant inclinée sur le côté sain, on versait dans le fond du conduit auditif une solution de chlorure de sodium à 5 %, puis on introduisait dans l'oreille une tige d'acier portant à son extrémité un petit tampon d'ouate hydrophile dépassant légèrement un tube de verre qui lui servait de gaine isolatrice ; l'autre extrémité de la tige d'acier était mise en rapport avec le pôle né-

gatif de la pile. Cette électrode était introduite dans le conduit jusqu'au contact de la membrane tympanique après imbibition préalable de l'ouate avec la solution salée. Les résultats ont été nuls dans les 2 ou 3 cas d'otosclérose pure sur lesquels nous avons expérimenté ; ils ont été meilleurs, mais non constamment, dans les otites adhésives et surtout dans les otites cicatricielles ; ils ont porté à la fois sur l'audition et sur les bourdonnements, mais davantage sur ces derniers. Les sujets jeunes ont surtout profité de la méthode qui s'est montrée à peu près inefficace chez les vieillards. L'amélioration n'a pas toujours été définitive ; dans certains cas, tout ou partie des progrès obtenus a disparu à la suite du mauvais temps ou d'une grippe. Le succès le plus heureux a été le suivant, constaté chez une jeune femme atteinte d'otite cicatricielle : les bourdonnements ont complètement disparu ; la perception aérienne de la montre a passé de 4 centimètres à 1 mètre, celle de la voix basse de 75 centimètres à 3 mètres. Deux mois après la cessation du traitement, la malade nous a écrit que les bourdonnements n'avaient pas reparu. Ces résultats sont encourageants, mais non définitifs.

Cauzard, en réponse à la communication de Malherbe, fait remarquer que la disproportion de surface entre les électrodes négative et positive, est dangereuse. Si le pôle négatif est un pôle sclérolytique, le pôle positif est sclérosant, ce qu'il ne faut pas oublier, et cette méthode difficile, à réaliser par la nécessité de cathétériser la trompe d'Eustache, peut provoquer des brûlures du tympan (face interne), des cicatrices, des rétrécissements cicatriciels de la trompe.

Malherbe. — **Tuberculose inflammatoire de l'oreille moyenne. Otites sèches d'origine tuberculeuse. Rhumatisme tuberculeux ankylosant de la chaîne des osselets.**

Fiocre (de Paris). — **De l'emploi du chlorétone comme anesthésique en laryngologie.** — En présence des bons résultats obtenus, l'auteur recommande l'emploi du chlorétone comme anesthésique local, dans les affections douloureuses du larynx, en particulier pour combattre la dysphagie rebelle des sujets porteurs de grosses infiltrations tuberculeuses du larynx. Cet agent est également utile pour calmer les douleurs qui succèdent parfois à la galvanocautérisation du larynx, suivant la méthode du Prof. Mermod, de Lausanne, pour le traitement de la tuberculose laryngée. Le chlorétone, produit cristallisé, est une combinaison chimique d'acé-

tone et de chloroforme. Pour être efficace, il faut l'employer en nature, sous forme de poudre très fine, que l'on insuffle dans la cavité laryngée. L'auteur a eu recours à un autre procédé qui semble agir plus rapidement sur la disparition des phénomènes douloureux : il consiste à sublimer le chlorétone dans un tube de verre approprié, et à l'insuffler, à l'état de vapeurs, dans le larynx.

Après l'insufflation, le malade éprouve un soulagement *immédiat*, à tel point qu'aucun des anesthésiques connus ne paraît exercer une action aussi rapide et aussi persistante. L'analgésie dure au moins deux ou trois heures, après quoi, les douleurs peuvent réapparaître, mais considérablement atténuées. La période de bien-être procurée laisse aux sujets le temps de s'alimenter, ce qui leur permet d'obtenir assez vite un relèvement de leur état général, condition éminemment favorable en vue d'une intervention ultérieure sur le larynx. Celle-ci, d'après les observations de l'auteur, a toujours été bien supportée, grâce aux insufflations de chlorétone qui réussissent parfaitement à supprimer la dysphagie post-opératoire.

En plus de ses propriétés analgésiques très marquées, le chlorétone semble doué d'un pouvoir antiseptique et microbicide assez puissant.

Massier (de Nice). — **Cas rare de dent aberrante (canine) du maxillaire inférieur avec complications.** — Observation intéressante non pas tant par la nature des phénomènes pathologiques observés, que par la cause qui les a produits : il s'agit d'un malade qui, à plusieurs reprises, a fait des abcès du plancher de la bouche avec raideur et induration de la région sus-hyoïdienne, abcès qui ont guéri chaque fois par ouverture spontanée dans le voisinage du frein de la langue. Récidive datant de quelques jours, avec fièvre et abattement. Massier, consulté, trouve que la cause de ce phlegmon réside dans la présence anormale de la dent canine gauche faisant issue en avant du canal de Warthon. Cette dent altérée, atteinte de carie radiculaire, provoque de temps à autre des poussées de périostite avec œdème des tissus mous, production d'un collection purulente phlegmoneuse dans le plancher de la bouche, grenouillette par oblitération du canal excréteur de la glande sous-maxillaire. La recherche du foyer d'origine démontre que cette dent a subi une véritable anomalie d'évolution. Ce n'est pas de l'inversion, comme dans les cas de dents aberrantes du maxillaire supérieur ; il y a une insertion vicieuse,

non sur la ligne normale des alvéoles, mais à la face inféro-interne du maxillaire inférieur ; la dent a poussé en ligne oblique et légère, concave, venant apparaître en avant de l'ostium du canal de Warthon, à un bon centimètre en arrière de son emplacement normal. Sur l'arcade dentaire, la place de la canine aberrante n'existe pas. Cette dent paraît s'être développée en arrière, non pas parce qu'elle n'a pu se créer de place, mais uniquement par vice de conformation.

Les dents aberrantes du maxillaire inférieur affectant les caractères ci-dessus sont très rares ; la dent surnuméraire quand on l'observe se loge en général au niveau des alvéoles, tandis que celle-ci est nettement extra-alvéolaire, et elle a provoqué par son siège des complications telles que phlegmon, obturation du canal de Warthon, phénomènes qui n'ont plus reparu dès que la dent aberrante eut été enlevée.

Massier (de Nice). — **Exostose sénile du corps d'une vertèbre occasionnant un rétrécissement du pharynx inférieur.** — Les rétrécissements du pharynx inférieur sont, en général, dus à des cicatrisations vicieuses tuberculeuses, lupiques, syphilitiques, traumatiques, etc., des tissus mous. Plus rares sont les obstructions de l'isthme pharyngo-laryngien produites par exubérance du tissu osseux, faisant saillie dans la lumière du conduit. Ce processus se fait lentement, progressivement et n'apparaît que tardivement comme une manifestation de la vieillesse. La nature de l'hypertrophie du tissu osseux, en éliminant l'hypothèse d'une tumeur maligne, peut tenir à diverses causes : peut-être invoquera-t-on la diathèse arthritique, cette exostose étant dùe à la production d'ostéophytes consécutive à de l'arthrite sèche ; on peut, d'autre part, invoquer comme pathogénie à cet état local une exostose sénile banale comme il s'en produit souvent chez les vieillards, e n'ayant pas de localisations bien définies ; peut-être trouva-t-on, en dernier lieu, et c'est le cas du malade qui fait le sujet de cette observation, une sorte de dégénérescence goutteuse du disque intervertébral prenant l'aspect et la consistance du tophus goutteux. Le malade, en effet, âgé de 75 ans, est atteint de déformations goutteuses multiples aux articulations des doigts, des orteils aux genoux ; rhumatisant chronique, il est très sujet à des poussées subaiguës violentes. Il se plaint, depuis quelque temps, de gêne à la déglutition, et Massier a découvert que ces troubles pharyngés étaient dus à la présence d'une grosseur dure, au niveau de la troisième vertèbre cervicale descendant jusqu'à l'espace inter-

vébral, faisant une saillie d'un bon demi-centimètre et s'étalant sur une largeur d'une pièce d'un franc. Comme symptômes : spasmes fréquents du pharynx, difficultés au bol alimentaire de passer aux premières bouchées, et état nerveux très prononcé. Aucune autre lésion qu'un peu de pharyngite. Comme traitement, étant donné l'âge du malade, son état général, on se contente de prescrire un traitement calmant local et antispasmodique.

* *
*

Avant de se séparer, la Société a mis à son ordre du jour, pour la session de 1908, les questions suivantes :

1° Formes cliniques de la maladie de Ménière ; Lannois et Chavanne, rapporteurs ;

2° Les paresthésies pharyngées ; Boulay et Le Marc'Hadour, rapporteurs.

Furet (de Paris) a été élu président, Lavrand (de Lille), vice-président, Depierris (de Cauterets), secrétaire général.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 12 avril 1907.

Président : Weismann

Castex. — **Otite moyenne hémorrhagique.** — Castex communique deux observations d'otite moyenne grippale hémorrhagique chez des hémophiliques. La pression au niveau du tragus était très douloureuse bien que la membrane tympanique fût peu bombée et seulement rose. La paracentèse donna issue à du sang pur dont la quantité peut être évaluée à douze ou quinze gouttes.

Ces observations rappellent celles qui ont été signalées par Delstanche, Régnier, Matheson et Lœvenberg dans la grande épidémie d'influenza de 1889-90.

Egger demande si Castex a voulu parler d'une otite moyenne hémorrhagique vraie ou d'une tympanite (dans le sens de myrin-

gite hémorrhagique). Dans ce dernier cas il cite un malade qui présentait une grosse phlyctène hémorrhagique et chez lequel une goutte de sang extravasé avait simplement soulevé l'épiderme du quadrant postéro-supérieur du tympan ainsi que l'épiderme voisin du conduit. Un simple attouchement de la phlyctène au moyen d'un stylet la rompit, et un pansement aseptique en eut raison en peu de jours.

Boulay a souvent observé également des phlyctènes hémorrhagiques sur la membrane et sur le conduit, mais n'a jamais constaté d'épanchement sanguin dans la caisse d'otite moyenne hémorrhagique. La plupart des phlyctènes observées accompagnaient une otite moyenne ou la précédaient, elles en étaient le signe avant-coureur. Mais elles peuvent aussi se développer une fois l'otite moyenne établie : chez l'un des malades une phlyctène hémorrhagique très douloureuse se développa sur le tympan quatre jours après la paracentèse et l'établissement d'un écoulement purulent.

Paul Laurens, pratiquant l'examen bactériologique du contenu d'une phlyctène du tympan, a trouvé du bacille de Pfeiffer pur, ce qui établit dans ce cas la nature grippale de cette forme de myringite.

Georges Laurens, dans les nombreux cas d'otite grippale à type hémorrhagique qu'il a observés, retient au point de vue clinique les conclusions suivantes : presque toujours l'otite grippale à forme hémorrhagique est caractérisée par la violence du début, l'intensité des douleurs, la transformation rare de ces otites en otite moyenne purulente.

L'abstention thérapeutique est la règle pour lui dans cette affection : il prescrit seulement des grands bains locaux de glycérine phéniquée, des applications de compresses humides chaudes et ne fait pas la paracentèse.

Mahu observe que, s'il est vrai que l'on rencontre parfois, en particulier chez les enfants, des cas heureux d'otite grippale se résolvant en quelques jours, on rencontre aussi parfois un grand nombre de ces otites phlycténuleuses se terminant par la suppuration, malgré un traitement simple exspectatif. Quoi qu'il en soit, il considère la phlyctène tympanique comme caractéristique du début de l'otite grippale.

Courtade. — L'observation de Castex me rappelle des faits analogues que j'ai publiés en 1894, dans les *Annales des maladies de l'oreille ;* les phlyctènes hémorrhagiques sont, dans certains cas, la première étape de l'otite moyenne suraiguë. En voici deux

exemples : un de mes clients légèrement grippé depuis plusieurs jours et gardant la chambre, est pris brusquement de douleurs vers les 8 heures du soir. Ces douleurs vont en s'accroissant d'heure en heure et l'empêchent de dormir et même de lire ; n'y tenant plus et ne pouvant attendre le jour, il vient me consulter au milieu de la nuit. Je constate de grosses phlyctènes hémorrhagiques sur le tympan et le conduit et lui prédis, à bref délai, une otite moyenne suppurée, ce qui s'est réalisé dans les trente-six heures ; il s'est écoulé spontanément du sang de l'oreille pendant trois jours.

Chez une autre malade, les phlyctènes hémorrhagiques ont précédé seulement de douze heures une double otite moyenne suppurée extrêmement intense et douloureuse qui a parfaitement guéri comme la précédente par le traitement ordinaire.

Dans ces formes intenses d'otite moyenne, le premier liquide qui s'écoule est généralement une sérosité sanguinolente comme dans le cas de Castex, et ce n'est que vingt-quatre ou quarante-huit heures après que la sécrétion est purulente. On ne peut regarder comme une forme particulière ces cas d'otite moyenne avec sécrétion sanguinolente, sécrétion qui n'est que transitoire et qui traduit l'intensité de l'inflammation de l'oreille.

Par contre, dans d'autres cas, les phlyctènes hémorrhagiques sont symptomatiques d'une otite grippale beaucoup moins intense ; elles se dessèchent si on a soin de n'y pas toucher et la croûte noirâtre tombe au bout de huit à dix jours.

Glover. — **Laryngites traumatiques consécutives au tubage chez l'enfant et rétrécissements laryngiens.** — Quel que soit le mécanisme de production des traumatismes d'introduction, de décubitus ou d'extraction, et la topographie des lésions, il est facile de comprendre que ces traumatismes s'exercent dans les différents cas avec d'autant plus d'activité et provoquent d'autant de désordres qu'ils atteignent une muqueuse altérée par les phénomènes inflammatoires. Presque toujours la sténose spasmodique de la glotte, à propos de laquelle on intervient par un tubage, existe en même temps qu'un processus inflammatoire aigu de la muqueuse laryngienne. Bien plus, le spasme musculaire au niveau du larynx, ainsi du reste qu'au niveau des conduits musculaires ou orifices sphinctériens en général, paraît être très probablement sous la dépendance des phénomènes inflammatoires de la muqueuse.

En un mot, il semble qu'il n'y ait pas simplement coexistence

du spasme et des phénomènes inflammatoires, mais encore le spasme paraît être la conséquence de l'exagération de ces phénomènes. Or, le spasme et le processus inflammatoire causal évoluant parallèlement, il faut savoir qu'il est un maximum d'intensité des phénomènes spasmodiques auxquels semble correspondre la période d'extrême acuité des phénomènes inflammatoires. Et c'est précisément à cette période qu'il faut intervenir. On comprend facilement qu'un traitement chirurgical institué dans ces conditions contre le spasme, pour être absolument efficace, devra s'appliquer de telle sorte qu'il n'entretienne pas au niveau de la muqueuse, du moins autant qu'il est possible, les phénomènes inflammatoires d'où ce spasme paraît dépendre.

Et comme, le plus souvent, il semble, chez certains enfants, qu'il ne se produit que la phase de rétrécissement aigu du larynx, correspondant à la période des productions hyperplasiques d'éléments embryonnaires cellulaires, leucocytiques, qui survient dans toute inflammation traumatique d'une muqueuse ou d'un tégument, sans que la lésion aboutisse à l'induration cicatricielle du rétrécissement chimique heureusement assez rare, il s'ensuit qu'en se plaçant dans ces conditions de traitement préventif on réunit le maximum des chances de succès.

C'est en se basant sur ces idées générales étudiées plus en détail dans son article, le premier où ce nouveau chapitre de pathologie infantile soit traité, que Glover a présenté, en juin 1896, une communication sur la dilatation de la glotte dans le traitement des spasmes laryngiens et du croup en particulier.

Boulay estime qu'il est très difficile de faire sur le vivant le diagnostic de la nature et de l'intensité des lésions traumatiques consécutives au tubage.

La durée du séjour du tube ne permet pas de préjuger en rien de celles-ci. Un enfant de 14 mois, qu'il vient de traiter pendant huit mois, avait dû être trachéotomisé après quelques heures de tubage ; seulement il était devenu *canulard*. Il avait un rétrécissement sous-glottique qui ne permettait de passer qu'un cathéter de 3 millimètres de diamètre dans son larynx ; actellement après cautérisation de la région sous-glottique par la voie trachéale (nitrate d'argent, acide chromique) et passage de sondes dilatatrices, le larynx admet un cathéter de 6 millimètres de diamètre ; l'enfant va pouvoir être décanulé très prochainement.

Glover fait remarquer qu'il s'agit, dans le cas de Boulay, d'un de ces enfants présentant sans doute une tare névropathique, et l'on sait que la moindre lésion de la région hypoglottique dans

les cas de ce genre prend une importance clinique très grande. C'est cette catégorie de malades qui constitue les *tubards* spasmodiques ulcéreux.

Courtade a présenté au Congrès de médecine de 1900 (section laryngologiste) des pinces destinées à la dilatation des rétrécissements du larynx, dont le mécanisme est semblable à celui des instruments de Glover, c'est-à-dire que l'écartement des cuillers se fait angulairement comme un livre qu'on ouvre et non parallèlement comme dans les pinces ordinaires.

Glover répond que la pince dilatatrice qu'il vient de faire passer figure dans le catalogue de Mathieu depuis une dizaine d'années; et, pour préciser, la présentation première de ces instruments et d'autres cathéters du larynx a coïncidé avec la communication à l'Académie de médecine qu'il fit avec Variot, le 30 juin 1896, sur la dilatation de la glotte dans le traitement des spasmes laryngiens, et du croup en particulier. Il en est aussi question dans la thèse de Baudrant (Paris, 1897).

Cauzard. — **L'alypine en oto-rhino-laryngologie.** — Cauzard après un exposé des travaux expérimentaux sur la toxicité et le pouvoir analgésique de l'alypine, passe en revue les publications des auteurs étrangers et français sur l'emploi de cet anesthésique local, succédané de la cocaïne, en ophtalmologie, chirurgie courante, et oto-rhino-laryngologie.

De ses observations personnelles (résection de cornets inférieurs et moyens, ablation de polypes du nez, cautérisations laryngées, œsophagoscopie), l'auteur conclut que l'alypine présente sur la cocaïne des avantages et des inconvénients. Avantages : vaso-dilatation, anesthésie équivalente, solutions stables, stérilisation par l'ébullition, absence de phénomènes syncopaux. Inconvénients : vaso-dilatation, toxicité à peu près égale bien qu'inférieure.

L'association de l'adrénaline rend la solution d'alypine d'un emploi plus facile et augmente le pouvoir anesthésiant et la durée de l'anesthésie, comme cela se produit d'ailleurs avec la cocaïne.

Paul Laurens remarque que l'alypine n'est pas absolument un anesthésique nouveau, puisque depuis 1905 où Impense a fait la première communication, plus de quarante travaux importants ont paru sur ce sujet — dont le plus intéressant pour l'oto-rhinologie est celui de Ruprecht, de Brême (mai 1906). Il a étudié lui-même l'emploi de cet anesthésique avec son maître Lermoyez, et il conclut qu'en dehors du manque d'ischémie (emploi dans l'abla-

tion des queues de cornets), ses avantages sont, en somme, bien moins grands que ceux de la cocaïne, surtout pour le larynx.

WEISMANN constate que, malgré le grand nombre d'anesthésiques nouveaux qui ont vu le jour dans ces dernières années, on en revient toujours, après essai, à la cocaïne.

PAUL LAURENS. — **Dispositif nouveau pour la fixation des lampes au miroir de Clar.** — Paul Laurens présente un miroir de Clar dans lequel la lampe, dont les deux anneaux sont passés dans la petite fourche terminant la tige mobile, est maintenue fixée à cette fourche par un petit ressort annulaire faisant pression sur elle. Les avantages sont la suppression des vis ou du verrou, la facilité de fixation de la lampe qui se fait en quelques secondes, et la fixité parfaite de cette lampe qui reste bien centrée.

NOUVELLES

NOMINATIONS

Le Prof. agrégé I. Mouret a été chargé par le ministère de l'Instruction publique d'un cours de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Cette nouvelle clinique sera installée à l'hôpital civil, car l'Administration de l'Assistance publique de Montpellier a réservé une section aux malades atteints d'affections oto-rhino-laryngologiques.

NOUVELLES DIVERSES

Le Dr V. Delsaux, 260, avenue Louise, à Bruxelles, serait reconnaissant à ceux de ses confrères qui ont publié des cas de *Complications endocraniennes des sinusites de la face* de vouloir bien lui envoyer un tirage à part de leur article, ou tout au moins de lui faire connaître le titre et le numéro du journal où le travail a paru.

On annonce la mort de :

Dr Zeroni (de Carlsruhe), connu par ses travaux d'anatomie pathologique sur l'oreille des évidés.

Dr Beckmann (de Berlin), inventeur du couteau annulaire carré pour l'ablation des végétations adénoïdes.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

ACHILLE TOGNETTI. — Ricerche istologiche e cliniche del Papilloma delle fosse nasali (Extr. de *Annali di Laring., Oto., Rhin. et Faring.*, VIII, I, 1907).

AUG. LUCAE. — Die chronische progressive Schwerhörigkeit. Ihre Erkenntis und Behandlung (1 vol., J. Springer, éditeur, Berlin, 1907.)

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXIII. — N° 8. — Août 1907.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PAPILLOMES DES FOSSES NASALES

Par **F. CHAVANNE**

Médecin de la clinique oto rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Joseph (de Lyon).

I. Historique. — Toute la course, sur le turf, se ressent d'un mauvais départ. Il en est souvent ainsi dans le champ des connaissances humaines : les papillomes des fosses nasales ne font pas exception à cette loi générale.

Dédaignés longtemps par les traités de pathologie, ils ne firent leur entrée dans le monde scientifique qu'en 1876, présentés par Michel [1], de Cologne : c'était une série de petites tumeurs minces et bosselées en chou-fleur, siégeant sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur gauche, sur la partie correspondante du plancher et de la cloison. Ce signalement, il faut le reconnaître, était un peu insuffisant pour rendre indiscutable la race de ces nouvelles venues.

Quelques années plus tard (1882), Zuckerkandl [2] constatait d'ailleurs la rareté de ces tumeurs dont il n'avait vu qu'un exemple, au niveau du cornet inférieur droit, au cours de ses recherches anatomiques.

Hopmann [3] (1883) se trouvait donc en présence d'une question toute neuve, à 2 cas près, quand il publia une première statistique. Les cent observations de tumeurs intra-nasales qu'elle

(1) Michel. — *Die Krankheiten der Nasenhœle*, Berlin, 1876.
(2) Zuckerkandl. — *Anatomie normale et pathologique des fosses nasales*, trad. Lichtwiz et Garnault, Masson, 1895.
(3) Hopmann. — « Die Papillaeren Geschwülste der Nasenschleimhaut » (*Virchow's Archiv.*, 1883, page 213).

comportait, se répartissaient en soixante-seize polypes muqueux, dix tumeurs dures et lisses (fibromes, fibro-sarcomes, tumeurs télangiectasiques), quatorze papillomes (ce dernier chiffre devait être porté à trente-huit deux ans plus tard). Parallèlement, Lefferts [1] (1882) avait signalé 5 cas de tumeurs papillomateuses de la cloison chez des femmes de 15 à 25 ans, et Schaeffer relevait vingt-huit papillomes sur cent quatre-vingt-deux polypes du nez. Cette notion nouvelle de la fréquence relative des papillomes du nez devait sembler d'autant plus réelle qu'Hopmann avait une connaissance fort nette de la dégénérescence polypoïde de la muqueuse nasale. Malgré cela, nous le voyons se contenter de différencier le papillome du polype par son siège presque exclusif sur le cornet inférieur, par sa provenance de proliférations vasculaires et cellulaires et surtout d'ectasie glandulaire. Soulignant davantage encore l'extension qu'il donne à la dénomination de papillome, il distingue deux classes de ces tumeurs : 1° les papillomes mous, susceptibles d'être, d'après la prédominance de tel ou tel de leurs éléments constitutifs, des adénomes, des angiomes, des fibrosarcomes papillaires ; 2° les papillomes durs (epithelioma papillaire) riches en épithélium, pauvres en tissu conjonctif. En un mot, il réunit dans une même classe et sous le même nom des tumeurs ou de simples proliférations papillaires et des papillomes vrais. Et comme il n'est rien de tel, pour intéresser, que l'exagération ou l'erreur, les papillomes des fosses nasales se trouvèrent lancés.

Dès lors, les traités en parlent : Cornil et Ranvier [2] (1883) décrivent l'examen microscopique d'un cas de Tillaux ; Gosselin [3] (1885) les mentionne, Moure [4] (1886) leur réserve un chapitre ; Morell-Mackenzie [5] (1887) dit en avoir observé 5 cas, Moldenhauer [6] (1888) déclare en avoir vu de fort belle

(1) Lefferts. — *Monatsschrift für Ohr.*, 1882, n° 9.
(2) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique.*
(3) Gosselin. — *Encyclopédie de chirurgie*, 1885.
(4) Moure. — *Maladie des fosses nasales.*
(5) Morell-Mackenzie. — *Traité des maladies des fosses nasales*, trad. Moure et Charazac.
(6) Moldenhauer. — *Traité des maladies des fosses nasales*, trad. Potiquet).

taille, Voltolini (¹) (1888) rappelle les travaux d'Hopmann.

Les revues, de leur côté, publient des observations. Aysaguer (²) (1885) rapporte deux exemples « de papillome vrai, non de papillome combiné d'adénome, d'angiome ou de sarcome ». Le premier, prenant naissance sur le cornet inférieur, le plancher, la cloison, remplissait presque toute la cavité nasale gauche d'une femme de 35 ans ; la seconde malade, une femme de 38 ans, avait sur le tiers antérieur du plancher de la fosse nasale gauche deux tumeurs du volume d'un haricot.

Chiari (³) (1886) raconte l'histoire d'un homme de 67 ans présentant depuis six ans de l'obstruction nasale progressive ; il existait, sur la face inférieure des deux cornets inférieurs, une tumeur papillaire grise presque transparente ; sur la portion antérieure droite de la cloison se trouvait une végétation grosse comme une lentille et de même aspect que les tumeurs des cornets. Après l'ablation à l'anse froide, le microscope montra des papillomes d'Hopmann à nombreuses glandes et à vaisseaux ectasiés.

Iato (⁴) (1886) guérit un papillome de la peau du nez par la résorcine.

Verneuil (⁵) (1886) publie une observation de tumeurs papillaires obstruant toute la cavité nasale droite d'un homme de 42 ans sans provoquer ni douleurs ni adénopathie. Trois mois après une première intervention, le sinus maxillaire était compris dans la récidive ; l'extension de la tumeur nécessitait la résection de la paroi antérieure de l'antre, de la branche montante du maxillaire et du rebord inférieur de l'orbite. Deux ans plus tard, une nouvelle récidive était constatée, mais l'on devait, cette fois, se contenter de cautérisations.

(1) Voltolini. — *Die Krankeiten der Nase und des Naserachenraumes*, p. 278.

(2) Aysaguer. — « Papillomes des fosses nasales » (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1885).

(3) Chiari. — « Des néoplasmes de la cloison des fosses nasales » (*Revue de lar.*, 1886, p. 121).

(4) Iato. — « Papillome de la peau du nez » (*Gli Incurabili*, nº 7, 15 mars 1886).

(5) Verneuil. — « Papillome de la fosse nasale droite » (*Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris*, p. 658).

Cozzolino ([1]) (1887) communique un cas de papillome de la fosse nasale droite.

Gourraud ([2]) (1887) rapporte un fait de petits papillomes du naso-pharynx.

Gomperz ([3]) (1889) signale un papillome du volume d'un œuf de poule.

Solis-Cohen ([4]) enfin (1889) publie un cas de papillome probable de la cloison coexistant avec une tumeur analogue du larynx.

Toutes ces observations, on le voit, sont assez disparates et quelques-unes profitent largement de la facilité offerte par Hopmann de faire rentrer dans la classe des papillomes des productions papillomateuses. Pourtant une réaction s'était opérée déjà quand Noquet ([5]) (1889) releva l'erreur initiale d'Hopmann à propos d'un cas personnel. Il s'agissait d'un homme de 37 ans, ayant depuis plusieurs mois de l'obstruction nasale droite et de fréquentes épistaxis du même côté. La rhinoscopie antérieure montrait, à moins de 2 centimètres de l'ouverture de la narine, une tumeur rouge sombre ayant l'aspect et le volume d'une mûre ; elle était molle, mobile, saignait facilement sous le stylet et s'insérait sur le plancher par un pédicule central très mince. Pas d'autres symptômes physiques ou fonctionnels.

Au microscope, la tumeur se révéla comme un « papillome rappelant davantage le papillome muqueux que le papillome corné et très comparable au papillome en chou-fleur, à développement rapide, des organes génitaux ». Elle était formée d'une série de bourgeons sur lesquels venaient s'enter d'autres bourgeons plus petits.

([1]) Cozzolino. — *Rivista clin. e terap.*, n° 2, février 1887.

([2]) Gourraud. — « Papillome du pharynx nasal. Végétations adénoïdes » (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 juin 1887).

([3]) Gomperz. — *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde*, n° 2, 1889, p. 25.

([4]) Solis-Cohen. — « Un cas de fixation de la corde vocale gauche sur la ligne médiane dû à un petit néoplasme » (*Revue de lar.*, 1889, p. 151.)

([5]) Noquet. — « Papillome de la fosse nasale droite » (*Revue de lar.*, 1er juill. 1889, p. 369).

Ce fut alors, à la Société française d'otologie ([1]), un concert unanime pour proclamer la très grande rareté des vrais papillomes : Ruault, Chatellier, Moure en étaient même si convaincus qu'ils refusaient presque à la tumeur de Noquet, pourtant examinée au microscope par Lemoine, le droit de cité papillomateuse. Intransigeance bien naturelle après tant d'anarchie. Elle s'expliquait d'ailleurs non seulement par l'abus fait du mot papillome, mais encore par les fréquents démentis donnés à la clinique par l'anatomie pathologique.

Lacoarret ([2]), qui de son côté venait de reprendre la question, mettait bien en évidence ces décevantes contradictions et rapportait à ce propos deux observations. La première, due à Moure, concernait une femme de 48 ans, atteinte depuis plusieurs années de coryzas répétés et présentant de l'asthme réflexe d'origine nasale. La fosse nasale droite était le siège d'un catarrhe purulent avec gonflement de la muqueuse du cornet inférieur. A gauche, une production mûriforme, gris rosé, irrégulière, de la grosseur d'une cerise, s'insérait par un pédicule relativement étroit sur le tiers antérieur du cornet inférieur : c'était une tumeur en chou-fleur, où chaque tubercule était séparé de son voisin par un sillon profond. « Je pensai à un papillome, dit Moure, c'était le cas ou jamais ». Or, l'examen microscopique montra les bourgeons constitués par du tissu muqueux assez dense, semé de vaisseaux présentant parfois des dilatations ampullaires ; ils étaient recouverts par un épithélium cylindrique à cils vibratiles se continuant sans interruption dans les dépressions, et ayant au-dessous de lui quelques traînées de cellules embryonnaires. La base de la tumeur était formée de tissu muqueux, avec de rares faisceaux de tissu conjonctif à sa partie profonde. Le deuxième cas était relatif à un homme de 46 ans, ayant depuis longtemps de l'obstruction nasale. A la rhinoscopie, on voyait à gauche une hypertrophie polypoïde de la partie antérieure du cornet moyen et une hypertrophie papillomateuse des deux tiers an-

([1]) Compte-rendu de la Société fr. d'otol. (*Revue de lar.*, 1er juillet 1889, p. 386).

([2]) Lacoarret. — Contribution à l'étude des fosses nasales (*Revue de lar.*, 1er et 15 septembre et 1er octobre 1889, p. 497, 529 et 573.)

térieurs du cornet inférieur ; à droite, le cornet moyen était en voie de dégénérescence polypoïde ; le cornet inférieur était envahi sur toute sa longueur par des productions papillaires pédiculisées, de coloration rosée, de consistance assez ferme. Le diagnostic microscopique fut sensiblement identique à celui de l'observation précédente.

A ces documents, Robert (¹) (1889) joignit bientôt un cas de Moure, de dégénérescence d'aspect papillomateux des cornets inférieurs.

Tous les papillomes du reste traversaient également une crise. « On a décrit sous ce nom, disait Quénu (²), les affections les plus diverses ayant ce caractère commun, l'hypertrophie papillaire, mais bien de cause et de nature différentes. On y range des condylomes à côté des tubercules anatomiques, des cors et des verrues ! Pour nous, ajoutait-il, le papillome n'a rien à faire avec les néoplasmes, il n'est qu'une lésion banale occasionnée par une irritation du derme, tantôt simple, tantôt de nature septique ou virulente, parasitaire ou non. » Quant aux papillomes des fosses nasales, Gérard-Marchand (³), sans être aussi catégorique, se demandait s'il devait les décrire comme de véritables tumeurs, des papillomes vrais, ou les tenir pour de simples végétations, pour de l'hypertrophie papillaire.

II. Anatomie pathologique. — Pour éviter tant d'incertitudes, il eût suffi de se résoudre à n'avoir qu'une classe de papillomes, les vrais, et à renvoyer à leurs cadres respectifs les productions à aspect plus ou moins papillaire. Il ne s'agit pas là d'une entité vague ; le jugement microscopique sera en quelque sorte mathématique : il est basé sur l'existence ou l'absence des caractères constants du papillome. Doit-on, à l'exemple de Quénu (⁴), exclure celui-ci de la grande famille des néoplasmes ? Il ne semble pas. En effet, une tumeur est

(¹) Robert. — « Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales » (*Th.* de Bordeaux, 1889).

(²) Quénu. — *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, t. I, p. 352.

(³) Gérard-Marchand. — *Traité de chirurgie, Duplay et Reclus*, t. IV, p. 880.

(⁴) Quénu. — *Loc. cit.*

« une production pathologique tissulaire, de cause encore indéterminée, où prédomine un processus formatif plus ou moins localisé, n'aboutissant jamais à la guérison et ayant, au contraire, de la tendance à l'accroissement par autonomie si la tumeur est bénigne, par extension et souvent par généralisation lorsqu'elle est maligne » (1). Le papillome est donc une tumeur.

On sait que les tumeurs non destructives et d'évolution lente déterminent, en proportions naturellement très variables, une hyperproduction de tous les éléments constituants du tissu ou de l'organe affecté. L'exubérance des papilles vaut à celles qui nous occupent le nom de papillomes ; mais cet état scléreux s'accompagne d'une production « considérablement et irrégulièrement augmentée de l'épithélium malpighien, qui offre à sa superficie une exfoliation abondante, et de sclérose du tissu intermusculaire (2) ». Comme le fait remarquer Tripier, on ne peut, sans manquer à la logique, assimiler avec Virchow un semblable état à un fibrome, car il ne s'agit pas d'une tumeur du tissu fibreux ou de l'épithélium, mais bien du tissu épithélial.

La production de papillomes dans la portion cutanée des fosses nasales et à son voisinage immédiat n'a rien qui doive surprendre : on comprend également leur existence dans le territoire naso-pharyngien le plus rapproché du pharynx buccal. Mais pour les régions revêtues normalement d'épithélium cylindrique, cette éventualité est plus intéressante : longtemps, en effet, on avait admis qu'elle était réservée aux seules muqueuses à papilles. Billroth (3), le premier, observa la transformation de l'épithélium vibratile de la pituitaire en épithélium pavimenteux chez un jeune homme dont la lèvre supérieure et la cloison avaient été détruites par un noma ; la muqueuse des parties antérieures du septum et des deux cornets inférieurs présentait un épithélium pavimenteux et un

(1) Tripier. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, p. 672.
(2) Tripier. — *Idem*, p. 726.
(3) Billroth. — *Metamorphose des Epithels der freigelegten Nasenschleimhaut*, 1855.

épithélium de transition sans cils vibratiles. Cette métaplasie peut se produire sous l'action d'un grand nombre d'irritations externes, mécaniques ou chimiques, ou internes, inflammatoires ; on l'a signalée dans l'ozène (Schuchardt [1], etc.) ; on l'observe à la surface de fibromes, de polypes, etc.

Ainsi *le papillome est une tumeur nettement distincte des autres néoplasmes et des simples hypertrophies papillaires ; il peut se rencontrer sur toute l'étendue des fosses nasales.* L'analyse des observations publiées va nous montrer comment il s'y comporte.

III. Observations. — Nous reprendrons le défilé documentaire au point où nous l'avons laissé dans notre historiqne. On est frappé dès l'abord de l'abandon de plus en plus général des idées d'Hopmann. Bosworth [2] dit n'avoir observé qu'un seul cas « probable » de papillome des fosses nasales ; Moure [3], Garel [4], Zarniko [5], M. Schmidt [6], Botey en constatent la rareté ; en Amérique, la campagne commencée en France par Noquet et Lacoarret est énergiquement menée par Wright. Déjà l'élimination de quelques cas erronés ou par trop incertains se fait au sein même des sociétés scientifiques. C'est sans y insister qu'Heymann [7] présentera une malade ayant sur le côté droit de la cloison de nombreuses proéminences bosselées, d'aspect papillomateux.

Sandford [8] avait observé chez un homme de 41 ans une obstruction complète des deux fosses nasales, datant de trois ou quatre ans, accompagnée d'épistaxis alarmantes du côté droit. La rhinoscopie montrait à droite une masse papillomateuse reliée au cornet inférieur et faisant issue hors de la na-

(1) Schuchardt. — « Ueber das Wesen der Ozaena » (*Volkmannsche Samml. klin. Vortrage*, n° 340.

(2) Bosworth. — *Diseases of the Nose and Throat*, vol. I, p. 422.

(3) Moure. — *Mal. des fosses nasales*, p. 420.

(4) Garel. — *Diagnostic et trait. des mal. du nez*, p. 205.

(5) Zarniko. — *Die Kranheiten der Nase und des Nasenrachens*, 1905, 2 Hälfte, p. 526 et 727.

(6) M. Schmidt. — *Die Krankheiten der Oberen Luftwege*, p. 647.

(7) Heymann. — *Soc. de laryng. de Berlin*, 18 janvier 1895.

(8) Sandford. — « A case of papilloma pathological specimen from inferior Turbinal » (*Soc. Brit. de lar.*, 10 mars 1893).

rine ; à gauche, on constatait, en même temps que des polypes, de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur. Au microscope, on voyait un énorme développement des éléments cellulaires et vasculaires. Le caractère de papillome fut refusé à cette tumeur par Wingrave qui, ayant observé un cas presque analogue, croyait à un angiome ou à une varice avec dégénérescence mucoïde de la paroi muqueuse.

Spicer (1) vit Symonds qualifier de lupus ses préparations provenant de tumeurs de la narine et de la gencive d'une jeune fille de 12 ans; elles récidivaient depuis cinq ans malgré l'ablation et la cautérisation.

Nous croyons pouvoir éliminer de même :

1° La tumeur kystique de Dunn (2), citée par quelques auteurs comme un papillome.

2° Le papillome diffus de Hunter Mackenzie (3), qui semble bien rentrer dans les papillomes mous d'Hopmann. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, souffrant d'obstruction nasale et ayant subi, neuf ans auparavant, des cautérisations des deux fosses nasales pour hypertrophie de la muqueuse. De nombreuses tumeurs sessiles, formées de granulations multiples, ayant le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de riz, occupaient les deux narines et les fosses nasales, où elles abondaient surtout à la région supérieure.

3° Le cas de Reale (4) : la tumeur, siégeant sur le vestibule droit, ressemblait à un condylome acuminé ; quelques mois auparavant, le malade avait eu un condylome des régions génitales, et l'auteur croit lui-même à la possibilité d'une inoculation.

4° La tumeur papillomateuse de Schrœtter (5) : elle se trou-

(1) SPICER. — « Papillomata of nostril and gum » (*Soc. lar. de Londres*, 10 mai 1893).

(2) DUNN. — *In Shurly* « a treatise on diseases of the nose and throat ».

(3) H MACKENZIE. — « A case of diffuse papillomatous degeneration of the nasal mucous membrane » (*The Lancet*, n° 7, 15 août 1896).

(4) REALE. — « Sur un cas de papillome de la région vestibulaire du nez » (*Archiv. ital. di lar.*, 2 avril 1900).

(5) SCHRŒTTER. — *Rhino-laryngologische Mittheilungen* (*Monatsschrift für Ohr.*, 1901, p. 417).

vait dans la fosse nasale gauche d'un homme de 46 ans, déterminait des hémorrhagies profondément anémiantes et récidivait après son ablation. Schrœtter pensait à un point de départ sphénoïdal et à une production maligne, mais l'intervention chirurgicale fut refusée par l'intéressé.

Les observations de papillomes des fosses nasales que nous allons maintenant passer en revue, peuvent être réparties en trois groupes :

1° Les papillomes des narines et de l'extrémité antérieure des fosses nasales ;

2° Les papillomes du naso-pharynx et de l'orifice postérieur des fosses nasales ;

3° Les papillomes du trajet moyen des fosses nasales et des sinus.

I

PAPILLOMES DES NARINES ET DE L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE DES FOSSES NASALES

Wright (1) n'a vu qu'un cas de vrai papillome sur plusieurs centaines d'affections nasales.

Mulhall (2) a observé un cas.

Garel (3). — Homme de 35 ans, mouchant du sang presque tous les jours du côté droit depuis l'âge de 12 ans. Tumeur papillomateuse occupant la partie antéro-inférieure de la cloison, en face de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Ablation à l'anse chaude. La petite tumeur est grosse comme une lentille après durcissement et présente l'aspect mûriforme, villeux, des papillomes plongés dans l'alcool. Au microscope, papillome typique se composant de cellules épidermiques formant des bourgeons très serrés, séparés par un stroma très petit.

Au sein de ce stroma, qui ne se présente que sous forme de

(1) WRIGHT. — *Soc. de lar. d'Amérique*, 22 septembre 1891.

(2) MULHALL. — *Idem.*

(3) GAREL. — « Obs. I, in Maraspini, papillomes du nez » (*Thèse de Lyon*, 1902, p. 35).

noyaux allongés et très amincis de tissu conjonctif, il y a de nombreux vaisseaux remplis de globules rouges. Les cellules épidermiques sont disposées en séries radiées ; elles sont polyédriques par pression réciproque ; à mesure qu'on se rapproche de la surface, on les voit s'allonger et leurs noyaux s'aplatir progressivement. La zone d'éléidine n'est pas visible.

De Santi (1). — Homme de 82 ans, présentant : sur la peau du côté droit du nez une ulcération indolore mais provoquant des démangeaisons, dans la narine gauche une tumeur pyriforme légèrement saillante en dehors, non ulcérée. Cette dernière est mobile, ressemble à un petit chou-fleur et s'insère sur la cloison par un pédicule. Elle est rosée à l'intérieur de la fosse nasale et noirâtre à l'extérieur. Ablation avec des ciseaux et cautérisation du point d'implantation ; excision de l'ulcère.

Baber (2). — Homme de 36 ans ayant eu deux ans auparavant une tumeur de la paroi inférieure de la narine gauche ; après son ablation on reconnut au microscope que c'était un papillome. Deux mois après, petite papille sur le plancher ; cinq mois plus tard, tumeur mûriforme saillante dans le vestibule, fixée par une large base sur le plancher et la cloison. Au microscope, hyperplasie sans élément malin. Le malade a sur la tête une verrue qu'il gratte ; il a pu s'inoculer. Ablation au couteau et à la curette, cautérisation au galvano. En arrière de cette tumeur s'en trouvait une deuxième. Pas de récidive sept mois après.

Weill (3). -- Femme de 67 ans. Papillome de la cloison de la grosseur d'une noisette, augmentant lentement depuis un an ; rouge vif, assez dur, indolore, en forme de grappe, il est fixé par un pédicule de 2 millimètres d'épaisseur à la partie antéro-supérieure de la cloison ; il saigne sous l'influence du grattage. Au microscope, papilles assez riches en vaisseaux, épithélium pavimenteux très développé ; ni glandes, ni manifestations inflammatoires ; ce n'est qu'au fond des inflexions de la surface que l'on trouve souvent des couches d'épithélium cylindrique.

Zarniko (4). — Homme de 60 ans. Tumeur remplissant complète-

(1) De Santi. — « Papilloma nasi with rodent ulcer in an aged patient » (*Soc. lar. de Londres*, 14 novembre 1894).

(2) Baber. — « Papilloma of the nose » (*Soc. lar. de Londres*, 10 avril 1895).

(3) Weill. — « Papillome de la cloison du nez » (*Wien. klin. Wochens.* n° 34, 1895).

(4) Zarniko. — *Demonstrationen* (67e réunion des natur. et méd. allem., 16 sept. 1895).

ment la narine droite, villeuse, noircie à sa surface par les poussières de l'air et analogue à une brosse sale. Insertion par un mince pédicule un peu en avant de l'extrémité antérieure du cornet inférieur droit. Au microscope, épithélium pavimenteux cornifié et stratifié en plusieurs couches avec forte desquamation de lamelles cornées ; légère charpente de tissu conjonctif. Pas de récidive plus d'un an après l'ablation.

Ripault (1). — Homme de 36 ans, ayant depuis quatre ans de l'obstruction nasale droite. Au dire du malade, il existait, à l'entrée de la narine, un petit bouton qui se serait développé à la suite de grattages fréquents. Actuellement tumeur gris rosé, mamelonnée, ferme, formée d'un grand nombre de lobes isolés s'insérant les uns sur la partie antérieure de la cloison, les autres sur le plancher et sur l'aile interne du nez. La tumeur saigne facilement sous le stylet. Ablation à la curette, pas de récidive.

Wright (2). — Femme de 28 ans. Tumeur insérée par un pédicule mince sur la partie la plus élevée de la cloison cartilagineuse.

D'Aguanno (3). — Fillette de 13 ans atteinte d'ozène. Excroissance rosée, sessile, de la grosseur d'une lentille, occupant à peu près le centre de la face interne de l'aile droite du nez, à 6 millimètres de son bord libre. Ablation au bistouri, car la tumeur était très dure ; cautérisation galvanique du point d'implantation. L'auteur croit que cette tumeur était une émanation pure et simple du tissu cutané revêtant le cartilage de l'aile du nez et qu'elle était due à une irritation mécanique ou chimique (la sécrétion ozéneuse).

Borroz (4). — Papillome de la fosse nasale droite vérifié au microscope.

Turner (5). — Homme de 52 ans présentant, avec de l'obstruction nasale bilatérale et des épistaxis, une tuméfaction du côté droit du nez et de la joue correspondante. La gène respiratoire avait commencé à droite trois ans auparavant, après un traumatisme ;

(1) Ripault. — « Un cas de papillome confluent des fosses nasales » (*Annales des mal. de l'oreille*, n° 11, 1895).

(2) Wright. — « Fibrome papillaire du septum nasal » (*N.-Y. méd. journ.*, 14 décembre 1895).

(3) D'Aguanno. — « Papilloma della faccia interna della prima nasale » (*Arch. ital. di otol.*, n° 1, 1896).

(4) Borroz — (*Ref. in journ. of lar.*, vol. XII, p. 123).

(5) Turner. — « Specimen of papilloma of septum nasi » (*Soc. lar. de Londres*, 9 décembre 1896).

elle avait augmenté deux ans plus tard à la suite d'un nouveau coup sur le nez. Puis était apparue la déformation extérieure, pendant que la narine gauche devenait à son tour moins perméable. Une tumeur molle, semi-fluctuante, faisait saillie hors de la narine droite. A gauche, la cloison était déviée. Rien dans le naso-pharynx. Pas d'engorgement ganglionnaire. Dissection de la large base fixant la tumeur à la cloison. L'existence de plusieurs autres petites tumeurs indépendantes et pédiculées conduisit à enlever toute la muqueuse. Pas de récidive trois mois plus tard. La commission de la Société croit, comme l'auteur, à un papillome ; celui-ci, en forme de chou-fleur, mesurait 6 pouces et demi de circonférence.

Arrowsmith (1). — Enfant de 6 ans présentant des épistaxis et de l'obstruction nasale. Tumeur en chou-fleur, de la grosseur d'un bouton de soulier ordinaire, située sensiblement au milieu de la cloison cartilagineuse, dans la fosse nasale gauche. Ablation à l'anse froide, cautérisation du point d'implantation. Papillome au microscope.

Yearsley (2). — Femme de 20 ans, éprouvant depuis trois mois de la douleur du côté de la fosse nasale droite, de la difficulté respiratoire et de légères hémorrhagies à la suite de frottements, de nettoyages, du moucher. Papillome, constaté au microscope, sur la cloison cartilagineuse, à 3/4 de pouce en dedans du vestibule. Légère rhinite hypertrophique et petit éperon du même côté. Ablation à l'anse froide.

Garel (3). — Femme de 38 ans, atteinte depuis huit ans d'un néoplasme de la narine droite augmentant progressivement et déterminant des épistaxis fréquentes mais peu abondantes. Tumeur large, mûriforme, plutôt dure, à dépression centrale, un peu taillée à l'évidoir, insérée sur la cloison à droite. Ablation à l'anse par parcelles. La surface d'implantation ovalaire est large comme une pièce de 50 centimes et donne au stylet l'impression d'une substance cartilagineuse. Le bord est formé par un bourrelet saillant de 1 millimètre d'épaisseur. Le point d'insertion de ce papillome se trouvait très près de la gouttière du dos du nez. Récidive deux ans et demi après.

(1) Arrowsmith. — « A case of true papilloma of the nasal septum » (*The Laryngoscope*, novembre 1897).

(2) Yearsley. — « Papilloma of the septum nasi » (*Soc. lar. Londres*, 13 avril 1898).

(3) Garel. — *Loc. cit.*, obs. 2, p. 36.

Garel [1]. — Femme de 26 ans, présentant de l'obstruction nasale partielle occasionnée par une tumeur d'aspect papillaire siégeant à la partie inférieure de la cloison. Ablation à l'anse galvanique. Coexistence d'un papillome de la luette. Pas de récidive trois ans après. Au microscope, papillome du type ectodermique corné sur une infiltration lymphoïde centrale. Quelque temps après, chondrite végétante des deux parties supérieures de la cloison, de nature probablement hérédo-syphilitique.

Borgoni [2]. — Papillome de la fossse nasale gauche.

Douglas [3]. — Femme de 64 ans, souffrant depuis quatre ans d'obstruction nasale droite partielle permanente. Papillome microscopiquement vérifié, inséré en arrière du tubercule de la cloison par un léger pédoncule et remplissant en partie le méat inférieur.

Mac Kinney [4]. — Homme de 24 ans ayant remarqué depuis six mois, dans sa narine gauche, la présence d'un corps étranger ressemblant à une croûte de mucus; quelques hémorrhagies provoquées par le nettoyage de la fosse nasale. Tumeur du volume d'un grain de café à la partie antéro-supérieure de la cloison cartilagineuse, derrière le tubercule. Ablation d'un papillome framboisé rose pâle, dont la nature fut constatée à trois reprises; cautérisation du point d'implantation; pas de récidive trois mois après.

Wingrave [5]. — Papillome squameux né sur la cloison à 1/2 pouce en arrière du vestibule et au-dessus du plancher. Le centre en était formé d'un grand nombre de vaisseaux sanguins, à parois très minces se rendant dans les digitations.

Chavanne [6]. — Homme de 45 ans, éprouvant depuis quelques mois de l'obstruction nasale du côté gauche. Cette gêne respiratoire augmentait progressivement et s'accompagnait, pendant le moucher et la toilette nasale consécutive, d'épistaxis légères.

(1) Garel. — *Loc. cit.*, obs. 3, p. 37.

(2) Borgoni. — « Papilloma de la fosse nasale gauche » (*Giorn. ital. di lar.*, n° 1, 1899).

(3) Douglas. — « Papilloma of nasal septum » (*N.-Y. med. Journ.*, 7 janvier 1899).

(4) Mac Kinney. — « Papilloma of the nasal cavity » (*N.-Y. med. Journ*, 4 mars 1899).

(5) Wingrave. — « Spécimen de deux cas récents démontrant les deux principales classes de papillome intranasal » (*Soc. lar. de Londres*, 12 avril 1901).

(6) Chavanne. — « Papillomes des fosses nasales » (*Soc. franç. d'otol*, mai 1907).

La fréquence de celles-ci était encore accrue par des grattages,car le malade, ayant senti une tumeur en introduisant le doigt dans sa narine, répétait souvent cette constatation qui le préoccupait vivement. Aucune cause connue, ni mécanique, ni inflammatoire. Pas de rhinite concomitante. En relevant le lobule, on apercevait à gauche une masse multilobée, mûriforme, rouge sombre, de la grosseur d'une petite noisette, de consistance serruqueuse. L'exploration au stylet déterminait une faible hémorrhagie ; elle permettait de reconnaître l'existence d'un fin pédicule reliant la tumeur au plancher, tout près de la cloison, à 1 centimètre et demi de l'extrémité antéro-inférieure de l'orifice narinal. Pas d'hypertrophie des cornets, ni de dégénérescence de la muqueuse. Fosse nasale droite et naso-pharynx normaux. La tumeur, enlevée à l'anse froide, fut examinée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Lyon, où M. le Prof. agrégé Paviot diagnostiqua un papillome vrai. Pas de récidive un an après.

II

PAPILLOME DU NASO-PHARYNX ET DE L'ORIFICE POSTÉRIEUR DES FOSSES NASALES

Jurasz (1). — Jeune homme de 13 ans, atteint depuis deux ans d'obstruction nasale et d'asthme. Polype du nez à droite. Dans le naso-pharynx, tumeur lisse, dure, pédiculée, constituée par deux lobes ayant l'un 3 centimètres de long, 1 1/4 de large, l'autre 1 1/4 de long, 2 de large. Ablation à l'anse galvanique. Guérison.

Sendziak (2). — Homme de 53 ans ayant des éternuements, de l'obstruction nasale, des polypes du nez des deux côtés et de l'otorrhée droite. Dans le naso-pharynx, tumeur pâle, molle, de 6 centimètres de long, 5 de diamètre transversal, 2 1/2 d'épaisseur, s'insérant à l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche et sur la partie voisine du vomer. Sa surface offrait les caractères du papillome, son centre était occupé par un noyau constitué par du fibrome mou.

(1) Jurasz — *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, 1892.
(2) Sendziak. — « Papillome du naso pharynx » (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, Bd 28, p. 183).

Hill (1). — Tumeurs mûriformes du bord postérieur du vomer.

Newmann (2). — Tumeur du naso-pharynx rencontrée chez un jeune homme et ayant le volume d'un œuf de poule.

Schroetter (3). — Femme de 27 ans souffrant depuis un an d'obstruction nasale. Une tumeur lobulée, pesant 35 grammes environ, remplissait la fosse nasale droite et déterminait une tuméfaction du côté droit du nez en même temps qu'une forte déviation du septum à gauche. La choane droite était deux fois plus large que la gauche. L'ablation, très facile en raison d'une nécrose du pédicule par compression, fut suivie d'une hémorrhagie violente, qui nécessita un tamponnement postérieur ; guérison ultérieure rapide. La tumeur siégeait à l'extrémité postérieure du cornet inférieur droit.

Tilley (4). — Malade en traitement pour une obstruction presque complète de la fosse nasale gauche. A la rhinoscopie postérieure, petite tumeur blanchâtre de la grosseur d'un pois sur le bord postérieur du vomer. Le toucher n'ayant pas été pratiqué, l'auteur ne peut rien dire de la consistance et considère son cas comme une curiosité.

Ch. Schmidt (5). — Homme de 47 ans éprouvant depuis quelque temps de l'obstruction nasale, du catarrhe pharyngien et des angines. A la rhinoscopie antérieure, on aperçoit dans la profondeur des choanes, une masse rouge, ayant l'apparence d'une grosse végétation adénoïde; elle est molle et s'insère sur toute la voûte. Ablation à la curette de Beckmann. Au microscope, la tumeur apparaît à la périphérie comme un fibrome dur, au centre comme un papillome.

(1) Hill. — « Symmetrische Maulbeerformige Tumoren vom hinteren Septumrand ausgehend (*Centralblatt f. Lar.*, Bd. XI, 1895, p. 868).

(2) Newmann. — « Naso pharingeal papilloma (*Soc. de lar. de Londres*, 9 mars 1898).

(3) Schroetter. — « Rhino-laryngologische Mittagheilungen (*Monatschr. f. Ohr.*, p. 417, 1901).

(4) Tilley. — « Papillomatous growth on the posterior edge of the vomer » (*Soc. lar. Londres*, 7 mars 1902).

(5) Schmidt. — « Ein echtes Papillom des Nasenrachenraums » (*Arch. f. Lar.*, Bd. XVIII, H. 3, 1906, p. 556).

III

PAPILLOMES DU TRAJET MOYEN DES FOSSES NASALES ET DES SINUS

V. Büngner (1). — Homme de 63 ans, ayant de l'ozène depuis sa 13e année. A 20 ans, fracture des deux os du nez ; six mois après, polype du côté droit. A 62 ans, obstruction nasale, rougeur et infiltration de l'os gauche du nez. Les deux fosses nasales sont remplies par une tumeur cornée et la cloison cartilagineuse présente une perforation ayant les dimensions d'une pièce de 50 pfennig. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pendant le traitement, le dos du nez s'infiltre et est perforé par la tumeur. A l'opération on voit que celle-ci pénètre profondément dans les cellules ethmoïdales. Neuf mois après, récidive à droite : tumeur de la grosseur d'une noix, inflammation du dos du nez au voisinage de l'angle interne de l'œil gauche. Opération après résection temporaire du squelette nasal. Nouvelle récidive deux mois plus tard sur le cornet inférieur. Le malade reste ensuite sept mois sans récidive et ne revient plus à la consultation.

Au microscope, on avait trouvé le revêtement épithélial de la tumeur fortement délimité en bas ; l'épithélium ne pénétrait en aucun point dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Kiesselbach (2) et Hellmann (3). — Ce dernier auteur rapporte l'histoire d'un malade vu par Kiesselbach douze ans auparavant, à une époque où il était atteint de polypes du nez du côté gauche. Il subit ensuite toute une série d'interventions.

On lui enleva des proliférations de la muqueuse du cornet moyen qui était épaissie et présentait de petits noyaux et des villosités. Schech fit l'extraction d'une masse papillaire de la fosse nasale droite qu'il conserva comme suspecte de carcinome, mais qui fut égarée. A ce moment le malade commença à souffrir. Quelques

(1) V. Büngner. — « Ueber eine ausgedehnte Hornwarzengeschwulst der oberen Nase » (*Langenbeck's Archiv.*, Bd. XXXIX, 1889, p. 299).

(2) Kiesselbach. — « Ein Fall von Epithelioma papillare der mittleren Muschel » (*Virchow's Archiv*, Bd. CXXXII, 1893, p 371).

(3) Hellmann. — « Papilloma durum der Nasen und Stirnhœhlenschleimhaut. Uebergang in Carcinom » (*Archiv. f. Lar.*, Bd. VI, 1897, p. 171).

mois plus tard, neuf ans après le début, Seifert retira deux tumeurs qu'il diagnostiqua au microscope comme papillomes durs. Trois mois après Matterstock constata de l'empyème du sinus frontal. Quand Hellmann vit le sujet, il existait encore des signes d'empyème frontal gauche; le cathétérisme ne donna pas de résultat. L'ouverture des deux sinus fut pratiquée. On trouva la cavité gauche pleine de pus et de tumeurs granuleuses semblables à celles qui existaient dans le nez. Peu après l'intervention, apparurent des symptômes graves faisant croire à des complications intra-crâniennes (vertiges, perte de connaissance, phénomènes apoplectiques).Les tumeurs nasales avaient été extraites ; on pratiqua une nouvelle ouverture des sinus frontaux : l'extension du néoplasme rendait plus que probable la pénétration intra-crânienne; les canaux naso-frontaux, qui auparavant laissaient à peine passer une sonde, permettaient l'introduction du doigt. Le septum osseux avait été perforé et la tumeur traversait ainsi d'une fosse nasale dans l'autre. Les deux sinus furent curetés et tamponnés; l'hémorrhagie opératoire avait été considérable. La récidive se fit rapidement et le malade mourut dans le coma. Il s'agissait au microscope d'une tumeur maligne.

Bronner [1]. — Homme de 41 ans, présentant de l'obstruction nasale gauche depuis un an et, depuis cinq ou six semaines, un écoulement purulent et fétide du même côté. Ablation à l'anse d'une grosse masse grisâtre. Récidive quinze jours plus tard ; curetage de la fosse nasale. On put sentir alors avec le doigt une grande cavité lisse correspondant par sa position à l'antre. Légère récidive de la tumeur qui est extirpée à l'anse. A la suite de ces interventions, l'écoulement purulent diminua notablement. Il n'y a jamais eu ni douleur ni gonflement externe du nez, ni hémorrhagie. Les symptômes paraissaient d'abord indiquer un épithéliome, mais l'examen histologique révéla un papillome.

Jacques et Bertemès [2]. — Homme de 35 ans ayant eu une obstruction nasale ancienne avec formations polypeuses typiques et apparition de végétations papillaires parties de la queue du cornet moyen et comblant la choane gauche. Après leur ablation, ces

(1) Bronner. — « Sections of a larg. recurrent papilloma, which seemed to graw from the left maxillary antrum » (*Soc. de lar.* Londres, 2 mai 1902).

(2) Jacques et Bertemès. — « Des tumeurs bénignes des sinus de la face, en particulier du papillome du sinus maxillaire » (*Rev. hebd. de Lar.*, 24 août, 1901, p. 209).

dernières avaient été reconnues au microscope pour des éléments normaux hyperplasiés et superficiellement enflammés de la muqueuse. Un an plus tard, trépanation des sinus maxillaire et sphénoïdal pour maux de tête intolérables à forme sphénoïdale. Découverte dans l'antre de productions semblables à celles du nez, ayant un volume supérieur à celui d'une demi-noix ; peu de pus. Sinus sphénoïdal sain. Guérison rapide. Au microscope, la tumeur sinusienne provoquait, à une inspection superficielle, le diagnostic d'épithélioma cylindrique, mais il sembla pourtant aux auteurs que le terme d'adénome, ou plutôt encore de papillome muqueux, répondait mieux à la signification réelle de la tumeur.

Bichaton ([1]). — Un cas de néoplasme du sinus maxillaire, dû à Jacques, pour lequel les caractères histologiques seuls permirent l'identification avec le papillome, tandis que l'évolution et l'aspect macroscopique n'offraient rien qui le distinguât d'un épithélioma.

Poli ([2]). — 1° Homme de 58 ans. Obstruction nasale droite, épistaxis fréquentes et sécrétion plus abondante qu'à l'ordinaire. Ablation d'une tumeur en chou-fleur, implantée par une base assez large dans le méat moyen. Huit mois après, excision et cautérisation d'une récidiste ; 2 autres mois plus tard, nouvelle excroissance mal limitée au labyrinthe ethmoïdal. L'examen microscopique des morceaux provenant de la première intervention montra la forme papillaire caractéristique, avec intercalation de tractus de muqueuse normale. Lors du deuxième examen, la tumeur avait perdu déjà son aspect papillaire. Presque partout l'épithélium avait acquis une épaisseur remarquable, jusquà 30 et 40 couches, dont les plus superficielles présentaient une kératinisation bien évidente ; les villosités ne se retrouvaient plus qu'en petit nombre. Les rapports entre la couche épithéliale et le stroma étaient cependant restés bien distincts, sous tendance à l'envahissement de la part de l'épithélium.

2° Homme de 66 ans, éprouvant de l'obstruction nasale droite progressive. Extraction de masses d'aspect blanc rosé, insérées largement sur la moitié postérieure de la paroi supérieure de la fosse nasale. Récidiviste sur place au bout de sept mois ; le carac-

(1) Bichaton. — « Chirurgie conservatrice des tumeurs solides du maxillaire supérieur » (*Th.* de Nancy, 1904).

(2) Poli. — « Contribution à l'étude histo-pathologique des papillome du nez » (*Arch. interm. de Lar.*, mai-juin 1907, p. 848).

tère papillomateux de la tumeur était alors manifeste en beaucoup de points. Neuf mois plus tard nouvelle récidive plus grave, avec extension du côté du labyrinthe ethmoïdal et de la paroi orbitaire ; léger degré d'exophtalmie. L'examen histologique des fragments enlevés rappelait à peine par places la disposition papillomateuse et révéla du carcinome.

Il est impossible, à la lecture de ces observations, de n'être pas frappé de la simplicité d'allure, de l'unité symptomatique, de la bénignité des tumeurs de notre premier groupe. Leur nombre nous les indique de plus comme les représentants les mieux qualifiés des papillomes des fosses nasales. Nous leur demanderons plus loin les grandes lignes de notre description.

Les autres apparaissent, au contraire, d'emblée sous les traits de tumeurs d'exception et ont, pour la plupart, des caractères invitant à un examen plus approfondi.

Parmi celles du deuxième groupe, deux s'éliminent d'elles-mêmes de la classe des papillomes purs : celle de Sendziak, fibrome au centre, papillome à la périphérie ; celle de Chr. Schmidt, fibrome à la périphérie et papillome au centre. La nature de la tumeur de Tilley est, pour le moins, douteuse : déjà, le jour de sa présentation, Baber faisait remarquer qu'il était difficile de dire s'il s'agissait d'un papillome ou d'une tumeur cartilagineuse et Semon rappelait l'existence fréquente d'épaississements légers dans cette partie du vomer ; la production en question pouvait bien n'être qu'une exagération de cet état. Il est également difficile de ne pas songer à de simples végétations de la muqueuse pour les bourgeons mûriformes du bord postérieur du vomer signalés par Hill. Le cas de Schroetter, dépourvu d'ailleurs de contrôle microscopique, offre certaines analogies avec une observation de Noquet [1] relative à un homme de 49 ans, souffrant depuis plusieurs années d'obstruction nasale sans épistaxis ni douleur. A gauche, le cornet

[1] Noquet. — « Papillome volumineux s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, et Tumeur papillaire de la fosse nasale gauche présentée le 18 mai 1891 ; résultat de l'ex. histol. » (*Rev. de lar.*, 1891, p. 339. et 1892, p. 525,

inférieur était hypertrophié ; à droite, on apercevait au fond de la fosse nasale une tumeur rose, mamelonnée, molle, du volume d'une mirabelle ; elle obstruait complètement la choane et s'insérait par un pédicule assez large sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur. Le diagnostic de papillome que justifiaient l'aspect de la tumeur, sa consistance, etc., fut démenti par le microscope. Les observations de Jurasz et de Newmann nous rappellent un malade que nous avons eu, il y a quelques mois, l'occasion de voir avec le Dr Bellissen ; il présentait sur la voûte, au voisinage des choanes, un polype fibro-œdémateux typique, de la grosseur d'un petit œuf, remplissant le naso-pharynx et débordant le voile ; en même temps, les fosses nasales étaient bourrées de polypes. Or, cette tumeur présentait, au microscope, sur certains points de sa surface, un aspect papillomateux. Pareille transformation a été souvent constatée par Zuckerkandl (1), sur des polypes du nez : on observe alors, à côté des plus belles cellules cylindriques et caliciformes, des couches multiples d'épithélium pavimenteux qui prolifèrent dans le tissu conjonctif et donnent lieu à la production de papilles. L'oubli de la possibilité de cette éventualité pourrait exposer à une confusion.

Les faits du troisième groupe ont également des attaches papillomateuses bien fragiles. Hellmann trouve que l'allure clinique justifie l'admission de la malignité dans l'observation de von Büngner ; cet auteur lui-même se demande si sa tumeur n'est pas un carcinome épithélial, un cancroïde. Dans le cas de Jacques et Bertemès, la tumeur highmorienne seule offrait le type du papillome muqueux, la portion choanale du néoplasme ayant présenté les caractères de l'hypertrophie œdémateuse simple. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs « que de telles néoplasies offrent avec le cancer cylindrique et l'adénome (tumeurs malignes ou susceptibles de le devenir) des points de rapprochement qui pourraient passer pour liens de parenté ». Un papillome récidivant, conduisant à l'effondrement de la paroi nasale du sinus maxillaire, comme celui de Bronner, est d'une nature fort suspecte. Il ne faut pas oublier,

(1) Zuckerkandl. — *Loc. cit.*, p. 523.

en effet, « l'existence sur la peau et sur les muqueuses de tumeurs qui, au point de vue morphologique, ressemblent absolument aux papillomes simples ; leur évolution est si lente que leur bénignité semble évidente, mais il ne s'agit plus alors de véritables papillomes : le derme sous-jacent ou papille, loin d'être sain comme dans le papillome simple, est déjà envahi par l'involution épidermique ; ce sont, dès leur origine, des épithéliomes véritables à forme papillaire [1] ». Cette cause d'erreur peut faire paraître plus fréquente qu'elle n'est la transformation des papillomes simples en épithéliomes : peut-être était-ce le cas chez le malade de Kiesselbach et Hellmann. Cette hypothèse est assez vraisemblable, car Schech avait eu déjà l'idée de carcinome trois mois avant le diagnostic microscopique de papillome de Seifert, à une époque où précisément les phénomènes douloureux faisaient leur apparition. Quoi qu'il en soit la transformation du papillome en tumeur maligne est évidemment possible ; pour le larynx, Thost a particulièrement insisté sur cette succession pathologique ; Garel en a observé deux exemples très nets. Pour le nez, Poli pense que la majorité des carcinomes passe par un stade, parfois assez long, de papillome ; mais, peut-être, ces tumeurs ont-elles alors déjà en elles dès le début les germes d'une néoformation atypique. L'étude des papillomes des fosses nasales suffit en tout cas à rassurer sur leur bénignité habituelle.

Les diverses observations composant les deuxième et troisième groupes résistent mal, on le voit, à la critique : *Sans doute on doit admettre la possibilité des papillomes dans ces régions, mais les faits montrent qu'ils y sont exceptionnels et qu'ils y sont généralement simulés par des hypertrophies localisées ou des tumeurs d'une autre nature, bénignes ou malignes*. Aussi n'aurons-nous pas à en tenir grand compte dans l'exposé clinique qu'il nous reste à faire.

IV. Etiologie. — Le papillome des fosses nasales est une tumeur bénigne rare. On le rencontre de préférence chez des adultes encore jeunes, mais on peut l'observer à tout âge : le

(1) Renaut et Mollière. — « Art. papillomes » in *Dict. des sciences méd.*

malade d'Arrowsmith avait 6 ans, celui de de Santi 82. Le sexe est sans influence. Les éléments étiologiques sont d'une remarquable banalité : on y relève les diverses causes d'irritations répétées ou durables, le coryza aigu ou chronique, le traumatisme habituel par les poussières, le grattage, etc. ; quelques sujets étaient des ozéneux. Le malade de Baber avait une verrue sur le front et avait pu s'inoculer. L'hérédité ou les prédispositions individuelles n'ont pas d'action définie.

V. Symptomes. — Le papillome débute de façon insidieuse, mettant des mois et des années à incommoder vraiment le porteur. Les symptômes rappellent ceux des polypes du nez. Ils sont fonctionnels et physiques.

1° *Symptômes fonctionnels.* — On note dans toutes les observations de l'obstruction nasale, dans presque toutes des épistaxis : ces deux symptômes constituent à peu près tout le tableau clinique. La gêne respiratoire augmente progressivement avec la tumeur sans atteindre d'ordinaire les proportions de celle causée par les polypes ; elle est plus marquée souvent par les temps humides. Elle peut être accompagnée des divers symptômes du syndrome de l'obstruction : on observera ainsi de l'enchifrènement, du nasonnement ; le sujet gardera la bouche ouverte, ronflera la nuit fera en respirant un bruit plus ou moins caractéristique, répétera des efforts respiratoires pour se débarrasser de l'obstacle qu'il sent. Il présentera parfois des signes réflexes d'origine nasale : éternuements, asthme, toux, spasmes laryngés et bronchiques, aura de la céphalée, de l'aprosexie, des névralgies, des vomissements, etc. Dans les cas exceptionnels de papillomes du nasopharynx, les phénomènes d'obstruction se ressentiront naturellement de la localisation. La coexistence de catarrhe chronique est beaucoup moins habituelle qu'avec les polypes. Au contraire, les épistaxis sont fréquentes ; elles sont peu abondantes et résultent d'ordinaire de grattages, de frottements avec le mouchoir. La présence de la tumeur nasale peut, surtout lorsque celle-ci est un peu volumineuse, déterminer un certain degré d'anosmie et provoquer du côté de la gorge de l'inflammation chronique consécutive à la respiration buccale. Il n'y a ni douleur, ni engorgement ganglionnaire.

Quant aux complications du côté des voies lacrymales par suite de la compression du canal nasal et à la tuméfaction des os du nez, elles relèvent généralement de tumeurs autres que le papillome. Il en est de même des symptômes graves dus à des tumeurs ayant envahi les sinus, comme celles que nous avons rencontrées au cours de notre étude. Il s'agit alors le plus souvent, sinon toujours, de tumeurs malignes plus ou moins latentes en imposant pour un papillome ou de papillomes dégénérés en tumeurs malignes.

2° *Symptômes physiques.* — Le papillome des fosses nasales siège indifféremment à droite ou à gauche, rarement des deux côtés à la fois. Il est mobile et se fixe presque constamment à l'entrée des fosses nasales par un pédicule mince, susceptible même de se rompre dans le moucher (Moure). On l'aperçoit en relevant simplement le lobule du nez ; il déborde parfois la narine et rend alors difficile la rhinoscopie. La cloison cartilagineuse est de beaucoup sa localisation préférée ; on le rencontre encore sur le plancher, la face interne de l'aile du nez. Les tumeurs signalées sur le cornet inférieur étaient d'ordinaire de faux papillomes ; il en est de même des tumeurs sessiles à large base d'implantation. Dans quelques cas il y a des insertions multiples. On ne trouve généralement qu'un seul papillome, mais on peut en rencontrer plusieurs ; toutefois les observations où il y en avait un grand nombre se rapportent constamment à de l'hypertrophie papillaire. La coexistence d'une néoformation de même nature a été constatée dans le larynx par Solis-Cohen, sur la luette par Garel.

La prédilection de séjour des papillomes sur la portion inférieure, respiratoire, des fosses nasales, s'explique probablement par les caractères de la muqueuse de cette région. Noquet pense que cette situation n'est pas sans action sur l'irrégularité de la surface du papillome ; les mouvements de la respiration, en le ballottant sans cesse, produiraient à son niveau un effet analogue à celui réalisé par le passage de l'urine sur les tumeurs du bas-fond de la vessie et, comme elles, le rendraient villeux (de Lapersonne).

Ayant des dimensions variant de celles d'une lentille à celles

d'une noisette, le papillome a une teinte grisâtre, rosée, rougeâtre ou rouge sombre. Quand il sort de la narine, il est noirci par les poussières de l'air et prend l'aspect d'une brosse sale (Zarniko). Il est irrégulièrement lobulé ou polyédrique, allongé dans le sens antéro-postérieur ou replié et remplit plus ou moins le méat inférieur. Les qualificatifs de « mûriforme, framboisé, en chou-fleur, villeux » reviennent le plus souvent sous la plume des auteurs pour caractériser l'impression donnée par la surface papillaire.

Plus dur, plus élastique que le polype, le papillome saigne facilement sous l'exploration du stylet comme sous les doigts du malade.

La présence de la tumeur ne détermine ordinairement pas de réaction sur la muqueuse voisine, et l'on constate l'intégrité des fosses nasales tant à la rhinoscopie antérieure qu'à la rhinoscopie postérieure.

Les papillomes du trajet moyen des fosses nasales, du nasopharynx et des sinus sont exceptionnels, si tant est qu'on en observe de purs ; ils diffèrent par leur surface papillaire des tumeurs bénignes de ces régions; ils rappellent par leur symptomatologie les *néoplasmes* bénins ou plus souvent malins qu'ils simulent et avec lesquels ils s'identifient plus ou moins, tôt ou tard.

Marche. — On a signalé la possibilité pour le papillome d'être expulsé par rupture de son pédicule dans un effort expiratoire. Habituellement, au contraire, sa marche est progressive. Après son ablation, les récidives sont beaucoup moins fréquentes que pour les polypes. Quant à la transformation en tumeur maligne, nous avons vu déjà ce qu'il en fallait penser : elle est exceptionnelle.

VI. Pronostic. — Le pronostic est bénin, à la restriction près que « l'existence d'une tumeur bénigne indique une prédisposition à la production d'une tumeur maligne » (Tripier). On se gardera d'ailleurs d'exagérer l'importance de cette loi générale.

VII. Diagnostic. — Le diagnostic du papillome est basé sur son aspect mûriforme, sa situation dans l'étage inférieur des fosses nasales, son allure clinique se traduisant seulement par

l'obstruction nasale et des épistaxis légères, ses caractères microscopiques.

L'exploration au stylet aura vite éliminé, s'il en était besoin, l'hypothèse d'un corps étranger, d'une rhinolithe, d'un hématome, d'un abcès ou d'une déviation de la cloison, d'un ostéome, d'un enchondrome.

La syphilis a, pour la distinguer, tout son cadre symptomatique et le traitement d'épreuve.

La tuberculose peut être responsable de bourgeonnements situés au niveau de la cloison, mais les ulcérations caractéristiques apparaissent bientôt, rendant net un diagnostic que l'inoculation au cobaye vient confirmer.

Le lupus a parfois l'aspect d'une tumeur végétante, mais ses ulcérations spéciales, la différence aussi des autres symptômes ne permettent pas la confusion.

La rhinite hypertrophique simple se traduit par un gonflement plus symétrique, plus lisse, plus diffus, non pédiculé.

La dégénérescence papillomateuse de la muqueuse est généralement plus diffuse aussi ; elle occupe de préférence les cornets inférieur et moyen habituellement délaissés par le papillome ; elle est volontiers bilatérale ; enfin ses bourgeons verruqueux font corps avec la muqueuse et sont rarement pédiculés.

Les polypes sont gélatineux, translucides, pâles, ils n'entraînent guère d'épistaxis et siègent souvent en nombre dans la région des méats moyen et supérieur.

Le polype hémorrhagique, comme le papillome, se rencontre ordinairement sur la cloison, est unilatéral, et son attouchement provoque des hémorrhagies, mais celles-ci sont plus importantes : le polype hémorrhagique peut, en effet, suivant la prédominance plus ou moins marquée du tissu conjonctif ou des vaisseaux veineux, réaliser un fibrome télangiectasique, un fibro-angiome ou même un angiome caverneux pur. En cas d'incertitude, le microscope tranchera le diagnostic.

C'est encore à lui que l'on s'adressera pour les tumeurs malignes insuffisamment caractérisées ; mais leur marche, leur tendance à la généralisation, les symptômes fonctionnels qui

les accompagnent, les déformations squelettiques qu'elles produisent renseignent souvent assez.

Les papillomes du trajet moyen des fosses nasales et du naso-pharynx sont exceptionnels : c'est l'examen microscopique qui permettra de reconnaître si les productions qui pourraient en donner l'impression sont des papillomes vrais, des tumeurs mixtes, ou de simples polypes fibro-œdémateux.

Quant aux papillomes des sinus, on y pensera dans les néoplasmes à évolution paradoxale ; on se renseignera alors auprès du microscope, sans oublier toutefois que la clinique ne perd jamais ses droits.

VIII. Traitement. — On enlèvera le papillome à l'anse froide ou chaude ; on pourra ensuite cautériser le point d'implantation au galvano-cautère.

Dans le cas d'invasion sinusienne, on aurait recours à l'intervention appropriée.

II

DES ACCIDENTS AURICULAIRES CHEZ LES TRAVAILLEURS DES CAISSONS

Par **Maurice PHILIP** (de Bordeaux.)

Lorsqu'en 1904, on commença les travaux de construction des ponts du chemin de fer Métropolitain de Paris, de nombreux accidents vinrent frapper les ouvriers tubistes qui travaillaient dans l'air comprimé des caissons. Parmi ces accidents ceux qui intéressent l'oreille tiennent la plus grande place. Le fait est facilement explicable : Qu'une inégalité de pression se produise en effet d'un côté et de l'autre de la membrane du tympan et l'équilibre auriculaire est détruit dans un organe formé de cavités closes. Cette rupture d'équilibre se traduit par des phénomènes d'intensité variable, les uns bénins, les autres graves.

Ce sont eux que nous allons décrire en exposant successivement les accidents qui affectent les différentes parties de l'oreille. Des multiples observations que nous avons pu recueillir personnellement dans le service de notre Maître, le Dr Lermoyez, nous retiendrons seulement les plus probantes, que nous classerons dans un ordre de gravité croissante. A l'importante question du pronostic nous joindrons ensuite comme corollaire l'étude médico-légale. Enfin nous terminerons par un chapitre sur le traitement en insistant particulièrement sur le traitement prophylactique et les règlements d'hygiène qui doivent être institués.

∴

I. Le caisson. — Inventé par l'ingénieur Triger, le caisson se compose de trois parties :

1° La chambre de compression ou sas à air ;

2° Un puits de descente, communiquant avec ;

3° La chambre de travail reposant sur le lit même de l'eau.

Pour faire équilibre à la pression hydraulique, la chambre de travail et le puits de descente doivent contenir de l'air comprimé, de telle sorte que 1/10e d'atmosphère corresponde à un mètre d'eau. Une porte de communication avec joints de caoutchouc sépare le sas à air du puits de descente.

Les tubistes pénètrent dans la chambre de compression ; la porte extérieure soigneusement fermée par des écrous, la pression augmente ; lorsqu'elle égale celle de la chambre de travail, la porte de communication s'ouvre d'elle-même et les ouvriers descendent. Le travail fini, les ouvriers remontent dans le sas. La porte du puits de descente est fermée et l'on décomprime lentement en ouvrant les robinets jusqu'à ce que la pression atmosphérique soit atteinte. La porte extérieure est alors ouverte.

∴

II. Physiologie normale. — Au cours de ces différentes manœuvres, lentement et correctement exécutées, que va-t-il se passer dans une oreille normale? — Prenons un tubiste au moment de la compression, autrement dit de « l'éclusage » : pour que l'équilibre soit maintenu dans les différentes parties de son oreille, il est nécessaire que sa caisse du tympan supporte la même pression que son conduit auditif externe, c'est-à-dire la même pression que la chambre dans laquelle il se trouve. Cela ne peut se produire que par la trompe d'Eustache. Or elle n'est pas béante et seuls les mouvements de déglutition l'entrouvent pour aérer l'oreille moyenne. Souvent ils sont suffisants pour combattre les effets de la pression qui augmente et qui se traduisent par de la douleur et des bourdonnements de plus en plus forts suivant la vitesse et l'intensité de la compression. Les mouvements de déglutition sont-

ils insuffisants, le tubiste aura recours à l'épreuve de Valsalva qui consiste à souffler fort, le nez pincé et la bouche fermée. Ainsi l'équilibre auriculaire est établi et les phénomènes précédents disparaissent.

*
* *

III. Accidents. — Tels sont les phénomènes qui marquent l'accommodation de l'oreille normale à un milieu où la pression de l'air est progressivement augmentée et progressivement diminuée. Mais si un obstacle s'oppose à l'équilibre des pressions dans les différentes parties de l'oreille, ou si les manœuvres d'éclusage ou de déséclusage sont mal ou rapidement faites, des accidents apparaissent que nous allons maintenant étudier.

a) *Oreille externe.* — Les phénomènes qui affectent l'oreille externe sont de peu d'importance : ce sont les « puces », petites phlyctènes gazeuses s'annonçant par des démangeaisons très vives et des piqûres lancinantes. Parfois elles se réunissent et donnent naissance à de l'emphysème sous-cutané. Enfin des phlyctènes hémorrhagiques peuvent se remarquer dans le conduit auditif externe.

b) *Tympan.* — Le tympan présente souvent, lui aussi des phlyctènes gazeuses ou sanguines dues à la stase du sang et au dégagement de l'azote dont nous décrirons le mécanisme. Mais l'accident le plus grave que présente la membrane tympanique, c'est la rupture, de forme linéaire, sinueuse ou étoilée qui s'accompagne toujours d'un bruit semblable à un coup de canon, et qui provoque souvent la syncope ou tout au moins la lipothymie. La rupture du tympan peut se produire suivant deux mécanismes :

1° La rupture d'éclusage, centripète, due à une pression insuffisante dans la caisse et coexistant généralement avec une insuffisance nasale, pharyngée, ou tubaire.

2° La rupture survenant au moment du déséclusage, accompagnée des mêmes phénomènes subjectifs et due à une décompression trop rapide : l'oreille moyenne est soumise à une

pression plus forte que le conduit ; le tympan bombe et se rompt. La force est ici centrifuge.

c) *Oreille moyenne.* — Les accidents qui affectent l'oreille moyenne peuvent reconnaître deux moments :

1° Ceux qui se produisent pendant l'éclusage ;

2° Ceux qui se produisent pendant la décompression.

Les premiers reconnaissent pour cause une insuffisance d'aération de la caisse due à un obstacle siégeant sur les voies respiratoires supérieures ou sur la trompe, ou bien à des adhérences siégeant dans la caisse du tympan. Ce sont d'abord des bourdonnements d'intensité croissante ; puis une douleur aiguë de plus en plus forte, la sensation du coin qui s'enfonce, parfois la rupture du tympan, souvent la syncope. En même temps apparaissent des phénomènes fonctionnels : diminution notable de l'ouïe, persistant souvent après la sortie du caisson.

Au contraire, les accidents produits pendant le déséclusage supposent *a priori* une oreille saine qui a pu supporter la pression, un tubiste qui a pu travailler sans fatigue. Ils sont tous le fait d'une décompression trop brusque. Nous aurons à voir les phlyctènes gazeuses, l'exsudat et les hémorrhagies de la caisse. Par quel mécanisme ces symptômes se produisent-ils ?

Le sang contient en dissolution de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique. Les deux premiers de ces gaz proviennent de l'air atmosphérique et pénètrent dans le sang à travers les poumons. Le dernier résulte de la combustion des tissus. Si la pression atmosphérique augmente, le sang dissoudra une quantité d'O et de Az croissant d'une façon constante. Mais ces deux gaz ne se comportent pas de la même manière : sous une pression supérieure à deux atmosphères, l'oxygène se dissout en grande partie dans le plasma qui l'incorpore (ce qui explique la couleur rouge vif du sang veineux des tubistes pendant leur travail). L'azote, au contraire, reste dissout dans le sérum. Si le déséclusage est lent et progressif, les gaz en hyper-solution dans le sang se dégageront au niveau des alvéoles pulmonaires et seront éliminés pendant l'expiration. Mais si la décompression est brusque, la quantité maxima de

gaz dissoute diminue et c'est le moins stable qui est mis en liberté. En l'espèce, c'est l'azote. Il se dégage en petites bulles, surtout aux endroits où les parois vasculaires sont peu résistantes, à l'extrémité des artérioles et dans les réseaux capillaires. Ainsi l'on observe la formation du « collier de perles », ou, si les bulles se sont réunies, de véritables phlyctènes gazeuses. Ces bulles de gaz forment donc des embolies qui, en obstruant la lumière du vaisseau où elles siègent produisent deux conséquences :

1° L'ischémie du territoire irrigué.

2° La stase sanguine en amont de l'obstacle.

La première est rarement importante. La seconde au contraire engendre presque toujours des exsudats ou des hémorragies.

Poussé par la « vis a tergo », le sang pénètre dans un vaisseau obstrué qu'il dilate. Le sérum filtre d'abord, c'est l'exsudat ; mais bientôt les parois vasculaires cèdent, se rompent et le sang se répand dans la caisse. Ces hémorragies sont sérieuses par suite des compressions qu'elles exercent sur les fenêtres du labyrinthe. L'oreille interne va maintenant entrer en scène.

d) *Oreille interne.* — Les symptômes par lesquels se traduisent les accidents qui frappent l'oreille interne des tubistes sont : les bruits subjectifs, la surdité et le vertige. D'une intensité variable avec les individus et les circonstances, ils peuvent être dus :

1° A du labyrinthisme simple ;

2° A une hémorrhagie du labyrinthe.

Le labyrinthisme simple est dû presque toujours à une augmentation de pression intralabyrinthique. Les expériences manométriques de Politzer et Bezold ont montré d'une façon certaine que toute augmentation de pression dans la caisse s'accompagne d'augmentation de pression dans le labyrinthe. La distribution vasculaire en est la preuve : contrairement à l'opinion de Hyrtl qui prétend que le territoire irrigué par l'artère auditive interne, branche du tronc basilaire, est un territoire clos, sans anastomoses, il existe des artérioles anastomotiques signalées par Politzer qui, de la caisse du tympan

se rendent au vestibule à travers la paroi osseuse qui sépare ces deux cavités.

De même, au moment du déséclusage la diminution de pression intralabyrinthique peut provoquer l'anémie du labyrinthe et par suite une attaque de labyrinthisme. Ces phénomènes vertigineux disparaissent habituellement après un peu de repos.

L'audition revient lentement, mais sans atteindre l'acuité qu'elle avait avant l'accident.

Beaucoup plus graves sont les hémorrhagies labyrinthiques ; produites suivant le même mécanisme que les hémorragies de la caisse, elles peuvent siéger dans le canal de Rosenthal, dans les canaux semi-circulaires, sur les taches acoustiques, dans le limaçon (généralement dans la rampe tympanique), dans le tronc du nerf auditif. Elles se manifestent non seulement par une surdité totale, mais encore par des phénomènes généraux. Le malade pâlit, est pris de nausées, de vomissements, souvent de syncope ; s'il peut encore marcher il se courbe du côté malade ; s'il est étendu il se roule du côté de son oreille lésée. Si la perte de connaissance est totale et sans prodromes, on se trouve en présence du vertige de Ménière typique. Le sang extravasé peut bien dans certains cas se résorber lentement et les phénomènes généraux régressent ; mais souvent l'hémorragie du labyrinthe est suivie d'une inflammation de cet organe avec atrophie de l'organe de Corti et formation de tissus fibreux. Quelquefois enfin le caillot s'organise et devient ainsi une source d'irritation nouvelle pour le labyrinthe.

Avant de clore cet exposé des accidents labyrinthiques, il est un fait intéressant à signaler : Ils se produisent généralement, soit pendant le déséclusage, soit à la sortie du caisson, soit quelques heures après. Quelle est la cause de ce retard dans leur apparition ? A l'aide du sphygmomanomètre, Heller, Mager et von Schroetter ont établi les courbes de la pression sanguine dans la radiale pendant la durée du séjour dans l'air comprimé. D'après leurs recherches, la pression sanguine baisse pendant que l'on écluse, reste à un assez bas degré pendant le séjour dans le caisson et remonte à nouveau

pendant le déséclusage. La plupart du temps, la hauteur de pression constatée à la sortie du sas dépasse celle que l'on notait avant l'entrée. Il s'agit probablement là d'un phénomène de compensation à la baisse subie pendant le séjour dans l'air comprimé. Quoi qu'il en soit, il est bien certain que cette élévation de pression survenant à la sortie peut produire des troubles graves et notamment des exsudats ou des hémorragies dans des vaisseaux dont les parois ont déjà fortement souffert du fait d'une stase prolongée.

Enfin nous citerons pour mémoire les grands accidents cérébraux ainsi que l'aphasie, les parésies et paralysies qui en résultent, leur description n'entrant pas dans le cadre de cette étude.



IV. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — H. C..., 28 ans, travaillant le 25 mai 1904 au caisson de Passy, ressentit le coup de pression aussitôt après l'éclusage : bourdonnements d'oreille, vertiges, otalgie. Après une douleur plus violente, du sang s'écoule de son oreille gauche. Les phénomènes douloureux augmentent et il doit quitter le caisson.

Nous voyons le malade après qu'il a pris quelques jours de repos au lit :

Audition normale à droite.

Perception aérienne de la voix légèrement diminuée à gauche.

A droite, tympan rosé, un peu enfoncé, mobile.

A gauche, on constate une ecchymose siégeant sur la paroi postérieure du conduit auditif externe. En arrière, tympan ecchymotique présentant par endroits des traces de phlyctènes sanguines. Manche du marteau injecté. Apophyse externe saillante.

L'examen du nez montre une déviation de la cloison à convexité du côté gauche.

Les phénomènes douloureux et vertigineux ont disparu. Douches d'air. Le malade n'a pas été revu.

OBS. II. — H. F..., 32 ans, travaillait le 19 mai 1904 au caisson

de Passy quand, après avoir subi une pression de 1,6 at., il ressentit une violente douleur dans l'oreille gauche. Le Valsava est impuissant à la calmer. En même temps épistaxis peu abondante ; quelques crachements de sang. Il entreprend néanmoins son travail et reste pendant huit heures dans le caisson. Mais il constate que son audition est totalement abolie à gauche ; en même temps son oreille est le siège de quelques douleurs et de bourdonnements. Ces phénomènes persistant depuis quinze jours, il se décide à venir consulter. Examen de l'ouïe :

Oreille gauche. — Voix criée, 1 mètre. Voix chuchotée non perçue. Montre : 0. Perception cranienne au *la*[3] positive. Rinne —.

Oreille droite. — Perception aérienne positive. Perception cranienne positive. Rinne positif.

Weber latéralisé à gauche.

L'examen au spéculum montre une oreille droite normale.

L'oreille gauche au contraire montre un tympan très enfoncé ; pli postérieur ; apophyse externe saillante. Mobile au Siegle, la membrane est transparente et laisse voir le promontoire très hyperhémié.

On constate chez le malade l'obstruction presque complète de la narine gauche par une dégénérescence polypoïde du cornet moyen et une déviation de la cloison à convexité du côté gauche. Cavum légèrement hyperhémié.

Désinfection nasale ; ablation de la tête du cornet moyen ; douches d'air répétées.

Le 23 juin, l'examen de l'oreille donne :

Oreille gauche. — Voix haute $2^m,50$; voix basse, $0^m,20$. Rinne —.

Weber latéralisé à gauche.

OBS. III. — J. G..., 35 ans, travaille au caisson du pont d'Austerlitz le 14 mars 1904, lorsque au moment où, pendant l'éclusage la pression atteint 1,5 at., il ressent une tension formidable dans ses deux oreilles. En même temps la douleur s'établit, aiguë, croissante ; rien n'en amène la sédation. Le malade descend quand même dans la galerie inférieure. Les douleurs d'oreille augmentent encore, deviennent excruciantes ; un déchirement accompagné d'un bruit terrible est encore perçu par le malade qui tombe en rendant du sang par les oreilles et par le nez. On le remonte dans le sas où il est déséclusé en moins de trois minutes, et il sort du caisson avec des vertiges, des bourdonnements intenses, rendant toujours du sang par la bouche et le nez. Rentré chez lui il se couche ; ses oreilles saignent toujours un peu. En même temps il constate que son ouïe est très diminuée et aussi, — fait caracté-

ristique confirmé par l'épreuve de la perception osseuse — « il ne s'entend pas marcher sur le sol ». Une semaine se passe; le tubiste n'est pas retourné au caisson; malgré le repos ses douleurs persistent et son ouïe n'est pas meilleure. Il se présente alors à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine le 22 mars 1904. A ce moment l'examen de l'audition donne :

Oreille droite. — Voix criée 2m,20. Voix chuchotée à peine perçue. Perception aérienne : 1° montre non perçue ; 2° diapason *la*³ perçu. Perception osseuse : 1° montre non perçue ; 2° diapason *la*³ perçu. Mais Schwabach diminué.

Rinne positif.

Oreille gauche. — Voix criée 3 mètres. Voix chuchotée 0m,10.

Perception aérienne : 1° montre non perçue ; 2° diapason *la*³ perçu.

Perception osseuse : 1° montre à peine entendue ; 2° diapason perçu plus longtemps qu'à D.

Schwabach diminué.

Rinne positif.

Weber latéralisé à droite :

L'examen au spéculum donne :

Oreille droite. — Le tympan apparaît livide, enfoncé ; par endroits il est recouvert de plaques rouge brun qui apparaissent comme de phlyctènes sanguines desséchées. Mais ce qui frappe, c'est d'apercevoir dans le cadran postéro-inférieur une ligne sinueuse, obliquement dirigée en bas et en avant, rouge et recouverte de croûtes sanguines. Le stylet prudemment l'explore et reconnaît une perforation traumatique de la membrane ; il s'enfonce entre les lèvres de la plaie et fait sourdre quelques gouttes de sérosité rosée.

Oreille gauche. — Tympan très enfoncé, terne, sans triangle lumineux. On y remarque la trace d'une grosse phlyctène sanguine au voisinage de l'ombilic.

Pansement de l'oreille droite ; cathétérisme prudent à gauche.

29 mars. — La perforation tympanique est cicatrisée ; pas d'amélioration dans l'audition.

12 avril. — De nombreuses séances de cathétérisme ont été faites ; l'audition donne :

Or. D., Voix haute, 3 mètres. Voix chuchotée, 0m,10.

Or. G., Voix haute, 3 mètres. Voix, chuchotée, 0m,15.

Perception osseuse toujours à peu près la même.

25 avril. — Pas de modification dans l'audition.

OBS. IV. — J. L..., 28 ans, ressent de violentes douleurs d'oreille

au moment de la compression de l'air dans le sas. Il descend néanmoins dans la galerie inférieure et travaille pendant huit heures. Mais les phénomènes douloureux ne s'amendent pas et s'accompagnent de surdité croissante. Quand l'ouvrier sort du caisson, la surdité est absolue, une céphalalgie intense et des vertiges se font sentir, qui le forcent à se coucher sitôt rentré chez lui. Le lendemain aucune amélioration : surdité et douleurs persistent et le malade vient se présenter le 21 mai 1904 à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine.

A ce moment l'audition est considérablement diminuée :

Oreille droite. — Voix criée 1 mètre. Voix basse non perçue.

Diapason non perçu. Conduction osseuse nulle.

Oreille gauche. — Voix haute 2 mètres. Voix basse à peine perçue.

Diapason non perçu. Conduction osseuse nulle.

Si l'on fait alors l'examen au spéculum, ce qui frappe à première vue, c'est la coloration bleu foncé des deux tympans, surtout dans leur moitié inférieure, qui témoigne d'un abondant épanchement de sang dans la caisse. La membrane est brillante et enfoncée. Le manche du marteau très raccourci est congestionné.

La membrane de Schrappnell est rouge sombre. Ces symptômes sont plus accusés à droite qu'à gauche.

Une douche d'air prudemment donnée à ce moment montre la perméabilité des trompes ; il y a du liquide dans la caisse. Cette manœuvre soulage le malade et l'audition prise aussitôt après donne :

Oreille droite. — Voix haute 2 mètres.

Oreille gauche. — Voix haute 5 mètres. Voix basse 0,10.

26 mai 1904. — Série de douches d'air. Le malade se sent mieux. La voix basse est entendue à gauche à 0,30 cent.

1er juin. — L'amélioration notée n'a pas duré. L'audition reste au même point ; des bourdonnements et quelques vertiges apparaissent à nouveau. Arséniate de strychnine.

8 juin. — Le sang est résorbé dans les deux caisses. Les vertiges persistent. L'audition de l'oreille gauche commence à baisser.

28 juin. — L'audition de l'oreille gauche a considérablement diminué :

Voix haute : 1m,50. Voix basse : 0m,05.

L'oreille droite donne :

Voix haute : 2 mètres. Voix basse : 0m10. La conduction osseuse est toujours abolie.

OBS. V. — J. A..., 51 ans, terrassier, a toujours pu travailler dans l'air comprimé sans ressentir aucun malaise, et rien dans ses antécédents pathologiques ne pouvait faire prévoir l'accident dont il fut victime le 21 mai 1904 :

Après huit heures de travail dans le caisson de Passy, il fut déséclusé en cinq minutes. Il sort du caisson ne ressentant qu'un peu de lourdeur de tête. Quelques instants après, légère épistaxis, nausées, vertiges violents, syncope. L'ouvrier est ramené chez lui, mis au lit, mais le repos n'améliore pas les phénomènes morbides. Il reste quinze jours au lit et les vertiges persistent, accompagnés de bourdonnements,tandis que l'audition est considérablement diminuée, presque abolie.

Quand le malade se décide à venir consulter, nous nous trouvons en présence d'un homme amaigri, aux facies fatigué.La voix criée est seule entendue, et encore doit-on parler très près de lui. Pas de perception osseuse ni d'un côté ni de l'autre.

Au spéculum l'oreille droite présente un tympan très enfoncé ; apophyse externe saillante ; manche du marteau ecchymotique.

A gauche tympan gris, terne, enfoncé.

Mais ce sont surtout les fonctions de l'équilibre qui sont fortement atteintes. Les vertiges sont très fréquents et le malade ne peut sortir seul sans danger. Lui fait-on fermer les yeux, il tombe aussitôt sans connaissance sur le flanc droit, sans un cri. Quand il revient à lui il n'a pas conscience de ce qui vient de se produire. Cathétérisme prudent, sulfate de quinine.

Au bout d'un mois le malade n'a présenté aucune amélioration.



V. PRONOSTIC. — Si l'on envisage à présent la question du pronostic, on voit qu'il est extrêmement difficile. Les diverses circonstances étiologiques qui peuvent prédisposer à l'accident, la multiplicité des formes, l'intensité éminemment variable des phénomènes morbides ne permettent pas d'assigner à tous les cas une durée fixe et une même terminaison heureuse : Le pronostic d'une ecchymose du tympan ne sera pas le même que celui d'une hémorragie labyrinthique.

En général les accidents qui affectent l'oreille externe et l'oreille moyenne évoluent normalement vers une guérison plus ou moins rapide. Mais il persiste presque toujours une diminution de l'audition.

En présence d'un coup de pression ayant affecté le labyrinthe, le pronostic ne pourra être établi que d'après la régression plus ou moins rapide des lésions. Si les phénomènes morbides cèdent à quelques jours de repos, si le vertige et la surdité diminuent, on peut espérer une guérison prochaine sans toutefois affirmer le retour intégral de l'audition. L'observation IV montre en effet une diminution de l'ouïe succédant à une amélioration manifeste. Lorsque, au contraire, les phénomènes labyrinthiques persistent, le pronostic est grave pour l'audition et pour les fonctions de l'équilibre. Il est fort difficile pour l'expert appelé à se prononcer sur la perte temporaire ou définitive de l'organe.

C'est le côté médico-légal de la question que nous allons maintenant étudier.

∴

VI. Jurisprudence. — En face d'un coup de pression, accident de travail affectant l'oreille, que demande le tribunal au médecin expert ?

1° Etablir le caractère du traumatisme et l'état du blessé au moment de la délivrance du certificat.

2° Etablir les suites probables de l'accident : Incapacité permanente totale ; incapacité permanente partielle ; incapacité temporaire et sa durée.

3° Fixer l'époque à laquelle il sera possible de connaître le résultat de l'accident.

Or le blessé se plaint toujours de surdité avec ou sans bourdonnements et de vertiges. Si la surdité se rattache à une lésion de l'oreille moyenne, on est en droit d'espérer une amélioration thérapeutique ; mais on doit assigner à l'incapacité temporaire une durée assez longue.

Si l'on diagnostique une affection labyrinthique, en particulier l'hémorragie, si au bout d'un mois la surdité est en-

core totale et bilatérale, on doit conclure à l'incapacité permanente partielle, auquel cas le blessé a droit à une rente égale à la moitié de son salaire annuel.

Enfin, si la maladie de Ménière persiste, même seule, au point de constituer pour le blessé un danger de tous les instants, l'incapacité permanente totale doit être déclarée et le malade a droit aux deux tiers de son salaire annuel.

La considération de l'âge doit aussi entrer en ligne de compte.

Il est cependant d'autres points qu'il est nécessaire de mettre en lumière parce que, méconnus, ils peuvent fausser entièrement le diagnostic du médecin expert. Ce sont : la simulation, l'existence de lésions auriculaires antérieures à l'accident et l'hystéro-traumatisme.

La simulation véritable s'observe rarement ; on ne simule pas un coup de pression et la tromperie serait vite déjouée par les moyens habituellement mis en œuvre contre elle : épreuves classiques de Tschudi, Moos, Hartmann, Voltolini, Bloch, Lucae, Hammel, etc. Mais ce que l'on observe maintes fois, c'est l'exagération des phénomènes, souvent consciente lorsqu'elle est motivée par l'appât de la prime d'assurance, mais parfois inconsciente et due à la neurasthénie particulière qui succède à ces traumatismes. Dans l'un et l'autre cas le médecin expert devra agir avec prudence, rendre une décision impartiale et demander au plus vite le règlement de l'accident. C'est dans bien des cas le moyen de faire cesser définitivement cette « névrose de procédure » (Berger) et qui justifie pleinement cette phrase de Duchauffour : « le réglement du sinistre est un merveilleux traitement ».

Un examen attentif de l'oreille lésée permettra dans la plupart des cas d'établir l'existence de lésions antérieures à l'accident : Une perforation traumatique du tympan se distinguera d'une perforation pathologique par l'irrégularité de ses bords qui sont infiltrés de sang, et par la facilité avec laquelle la douche d'air la traverse.

Une perforation pathologique au contraire, ou bien n'apparaît que comme vestige d'une ancienne otite et se montre blanche et sèche, ou bien coexiste avec une otite moyenne

suppurée : dans ce cas ses bords sont grisâtres et la trompe, participant au processus inflammatoire, laisse passer plus difficilement la douche d'air. Des accidents labyrinthiques survenant chez un malade dont l'oreille est déjà sclérosée compromettront singulièrement la fonction auditive. Ce sera au médecin de rechercher les tympans opaques, immobiles au Siegle, infiltrés de concrétions calcaires. A lui aussi de dépister les adhérences du marteau au promontoire et les brides qui immobilisent l'étrier dans la fenêtre ovale, séquelles d'anciennes otites, qui font les candidats au coup de pression. A lui enfin de rechercher si l'atrésie tubaire qu'il constate est le fait d'une inflammation aiguë, due au traumatisme, ou d'un vieux catarrhe chronique causé et entretenu par une rhinopharyngite ou des végétations adénoïdes. Ce sont toutes ces lésions pré-existantes qu'il faut envisager avec soin pour mettre les choses au point et attribuer leur valeur réelle à l'accident et à ses conséquences.

Nous nous occuperons enfin de l'hystéro-traumatisme. D'après le prof. Thoinot on le rencontre assez souvent chez les tubistes atteints de coup de pression. Mais il a toujours une cause, et cette cause c'est la lésion auriculaire préexistante. Alors ou bien c'est une surdité nerveuse, des accidents à grand fracas survenant chez un individu faiblement tamponné, mais porteur, par exemple, d'un catarrhe tubo-tympanique ; ou bien la lésion est réellement due au traumatisme et produit secondairement des accidents hystériques auriculaires ou cérébraux, tout à fait hors de proportion avec le dommage organique subi. En tous cas, lorsque les symptômes fournis par le malade ne paraissent pas correspondre à la lésion constatée, on doit rechercher avec soin les stigmates de l'hystérie. On les trouvera toujours soit isolés soit associés. Le plus souvent on constate l'anesthésie à la piqûre du pavillon de l'oreille et de tout le territoire innervé par les branches auriculaire et mastoïdienne du plexus cervical superficiel. L'anesthésie de la peau du conduit auditif externe et celle de la membrane du tympan est beaucoup moins constante. Signalons aussi l'anesthésie pharyngée et le rétrécissement du champ visuel. Dans la plupart de ces cas on aura à enrégistrer des succès faciles

et rapides à l'actif d'une thérapeutique dont la suggestion fera la base : application de courants faradiques rythmés, faibles, galvanisation, etc., d'autre part, la recompression suivie d'un déséclusage extrêmement lent a souvent réussi.

⁂

VII. Traitement. — Le traitement des accidents auriculaires produits dans l'air comprimé se trouve forcément compris dans des limites assez restreintes.

La méthode de recompression, appliquée empiriquement par les ouvriers eux-mêmes, sans atteindre toutefois le degré primitif d'éclusage donne de bons résultats dans certaines formes légères. En cas d'hémorragie du conduit ou de rupture du tympan, un pansement constitué par une lanière de gaze aseptique dans le conduit et un gâteau de coton stérilisé sur la conque suffit. Contre les accidents de l'oreille moyenne, le cathétérisme de la trompe prudemment pratiqué au début, puis régulièrement et longtemps continué, purge la caisse de l'exsudat qu'elle contient et rétablit sur les deux faces du tympan une pression égale. C'est le meilleur moyen d'améliorer l'audition. L'action des courants continus de faible intensité, ou des courants faradiques lentement rythmés a peu d'influence sur l'oreille lésée et agit surtout par suggestion. Enfin contre les accidents de l'oreille interne, nous avons l'arséniate de strychnine, l'iodure de sodium à doses faibles mais prolongées. Au moment des accès vertigineux des inhalations de nitrite d'amyle qui congestionne violemment les vaisseaux de la tête, ou l'absorption d'une potion à la trinitrine peuvent agir très favorablement dans l'anémie du labyrinthe.

Au contraire, en cas d'hyperhémie ou d'hémorragie labyrinthiques, le sulfate de quinine à l'intérieur, les injections sous-cutanées de pilocarpine aideront à la résorption de l'exsudat. On peut essayer enfin les inhalations d'oxygène. Et l'on ne doit pas oublier de traiter l'état général.

Mais c'est surtout le traitement prophylactique qui doit intervenir sous forme d'application rigoureuse des règles d'hy-

giène, et par suite des règlements administratifs institués partout en prévision des accidents du travail sous pression.

La sélection rigoureuse s'impose, ainsi que l'élimination systématique de tout ouvrier présentant une tare du côté de son appareil cardio-vasculaire ou auditif (artério-sclérose, catarrhe tubo-tympanique, otite adhésive, etc.). De même on doit exclure les hystériques et névropathes susceptibles de présenter des manifestations d'hystéro-traumatisme et de produire ainsi parfois de véritables épidémies à leur exemple.

La compression doit être lente. Une fois les ouvriers descendus, la durée de leur travail devra être d'autant plus courte que sera grande la pression qu'ils supportent. Jusqu'à deux atmosphères, huit heures de travail représentent un maximum que l'on ne doit pas dépasser. En Angleterre, en Hollande, le temps maximum de travail autorisé n'est que de quatre heures pour une pression de 1 à 1,5 atmosphère.

La ventilation des caissons doit être largement faite et la proportion d'acide carbonique ne doit jamais atteindre 1 %. Mais c'est surtout le déséclusage qui doit faire l'objet d'une réglementation sévère : « On ne paie qu'en sortant » ont déclaré spirituellement Pol et Wattelle, et les ouvriers pressés de se libérer n'observent pas les vitesses réglementaires de détente et ouvrent en grand les robinets de déséclusage. Heller, Mager et von Schroetter demandent comme vitesse de décompression : 1/10 d'atmosphère par minute pour une pression de 0 à 1,5 at. 1/15 pour une pression de 1,5 à 3 atmosphères 1/20 au-dessus de 3 atmosphères.

C'est pourquoi, afin d'assurer la stricte exécution de ces règles d'hygiène, Carnot demande très justement : « d'une part de payer à l'ouvrier le temps passé dans le sas : d'autre part, de réglementer la dimension des robinets du sas de telle sorte que l'air ne puisse y passer qu'avec la vitesse prescrite ; enfin et surtout, de rendre obligatoire dans les sas à air et même dans les caissons la présence de manomètres enrégistreurs qui pourront toujours indiquer la vitesse de détente dans le sas, ou les variations de pression de fond et fixer ainsi les responsabilités ».

∴

VII. Conclusions. — 1° Des accidents d'intensité variable peuvent frapper les travailleurs des caissons.

2° Ils sont tous le fait, ou bien d'une insuffisance nasale, pharyngée ou tubaire, ou bien d'une manœuvre trop rapide de compression ou de déséclusage.

3° Ils peuvent affecter toutes les parties constituantes de l'oreille (oreille externe, oreille moyenne, oreille interne) ou séparément chacune d'elles. Les principaux sont l'exsudat et l'hémorragie ; mentionnons à part la rupture du tympan.

4° Le pronostic est difficile ; il sera basé, et encore avec réserve, sur la régression plus ou moins rapide des symptômes morbides.

5° Le traitement doit surtout être prophylactique et consister en l'application rigoureuse des règles d'hygiène, dont les plus importantes sont :

a) Sélection sévère des tubistes.

b) Réglementation absolue de la vitesse de décompression.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Alt. — Pathologie der Luftdruckerkrankungen des Gehörsorgans. *in Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1897, n° 6, S. 229.
2. Alt. — Ueber apoplektiforme Labyrinthaffection bei Caissonarbeitern. *in Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1898, B. XXX, S. 324.
3. Alt. — Trommelfelles ruptur durch Schlag und nervöse Erkrankung des Labyrinthes. *Wiener. med. Woch.*, 1899, S. 26.
4. Alt. — Ruptur des Trommelfelles mit Falschhören musikalischer Töne. *Ref. in Monatschr. F. Ohrenheilk.*, 1899, S. 68.
5. Barella. — Du travail dans l'air comprimé. *Bull. de l'Acad. Roy. de Belgique*, 1868.
6. Berger. — La conduite du médecin dans les accidents du travail. *Journ. des Praticiens*, 1904, p. 262.
7. Borelli. — Recherches sur les gaz du sang.
8. Brouardel. — Les accidents du travail ; guide du médecin et de l'expert. Paris, 1902, *Actualités médicales.*
9. Bucquoi. — Actions de l'air comprimé sur l'économie animale. Strasbourg, 1861.
10. Caffe. — Du travail dans l'air comprimé. *Union médicale*, 1863.
11. Carnot. — Le coup de pression. *Presse médicale*, 29 août 1904.

12. Cassaet. — De la pathogénie des accidents de l'air comprimé. *Th. Bordeaux*, 1886.

13. Castex. — La médecine légale dans les affections de l'oreille, du nez et du larynx. *Bull. de la soc. franç. de Laryng*, Paris 1897 et *Ann. d'Hyg.*, 1897, t. XXXVIII, p. 18.

14. Chabaud. — Des accidents observés dans les appareils à air comprimé, et particulièrement de ceux dus à une décompression très brusque. *Th. Paris*, 1883.

15. Cuanow. — Auditory Vertige caused of working in compressed air. *Lancet*, 1894, n° 10.

16. Darwin. — Etude sur les gaz du sang.

17. Duchauffour. — Evaluation des invalidités permanentes d'après les conciliations au Tribunal civil de la Seine. *Ann. d'hyg. et de Méd. lég.*, 1902, t. XLVII, p. 314.

18. Foley. — Du travail dans l'air comprimé. Paris, 1863.

19. François. — Des effets de l'air comprimé sur les ouvriers des caissons servant de base aux piles du pont du grand Rhin. *Ann. d'hyg.*, 1850.

20. Gal. — Dangers du travail dans l'air comprimé ; moyen de les prévenir, 1872.

21. Gérard. — Die Unfälle bei dem Arbeiten in comprimirter Luft. *Ref. in Centralbl. für allgem. Ges.*, Bd. V, S. 117.

22. Grand. — Considérations physiologiques et thérapeutiques sur l'air condensé employé sous des pressions variant de 1 à 2 atmosphères. *Th. Paris*, 1877.

23. Guebhart. — Effets des variations de la pression extérieure sur l'organisme. *Th. agrég.*, 1883.

24. Guerard. — Notes sur les accidents de l'air comprimé. *Ann. d'hyg.*, 1854.

24. Heermann. — Ueber Caisson krankheit. *Volkmann's klin. Vorträge neue Folge*, n° 334, 1902.

26. Heller, Mager et von Schroetter. — Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung rascher Veränderungen des Luftdrucks auf dem gesammt Organismus. *Bonn.*, 1897.

27. Hermel. — Des accidents produits par l'usage des caissons dans les travaux souterrains et sous-marins.

28. Kaun. — Berufliche Erkrankungen des Gehörorgans unter dem Einfluss komprimirter Luft. *Haugs klin. Vorträge*, Bd. II, S. 12, 1898.

29. Koch. — Ueber die Einwirkung des Tausschens auf das Gehörorgan. *Festzchr. z. 100 jährigen Bestehen des Friedrich Wilhelm Instituts*, Berlin, 1895.

30. Layet. — Article *Scaphandre* du dictionnaire encyclopédique.

31. Lester et Pomez. — Ueber die Einwirkung comprimirter Luft auf das menschlischen Ohr auf Grund der Beobachtung welche in dem Senkkoester der Brücke über den New-Est-River Gemacht würde *Zeitschr. f. Ohrenheilk*, Bd. XXXIV, S. 241.

32. Magnus. — Ueber das Verhalten des Gehörorgans in comprimirter Luft. *Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. I, S. 260.

33. Meissner. — Hygiene der Berg-und Tunnel-arbeiter. *Weyl's Handbuch der Gewerbe-Hygiene*, Bd. VIII.

34. Moos. — Doppelseitige Ruptur des Trommellfelles durch Luftverdichtung in folge explodierenden Chlorphtaläthers bei der Eosinbereitung. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. VIII, 1879.

35. Moos. — Doppelseitige Labyrinthaffection enstanden 15 minuten nach 30 stundigem aufenthalt in einem Tauschapparat. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIII, S. 150.

36. Remy. — Sur les accidénts du travail. *Bull. Méd.*, 27 août 1902.

37. Roepke. — Société allemande d'Otologie. *XI[e] Congrès, Trèves*, 1902.

38. Sachet. — Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail, 1900.

39. Silberstein. — Zur Kasuistik der Caissonkrankheit. *Wiener med. Wochenschr*, 1895, n° 31.

40. Sommerfeld. — Die Berufskrankheiten der Steinmetze und Steinbildhauer. *Deutsche Y. F. öffentl. Ges.*, Bd. XXV, H. 2.

41. Sommerfeld. — Gesundheitliche Schädigungen der Caissonarbeiter.

42. Thoinot. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. Paris, 1904.

43. Tomka. — Ueber Ohrenerkrankungen bei Caissonarbeitern. *Jahresbücher d. Ges. der Ungar. Ohren. und Kehlkopfärzte*, Bd. VI, S. 10, 1896.

44. Treitel. — Die Rupturen des Trommellfelles mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensichen Bedeutung. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, S. 115, 1889.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 juin 1907.

LE MARC'HADOUR. — **Hypertrophie considérable des amygdales palatines et de l'amygdale de Luschka chez un adulte.** — Le Marc'-Hadour présente un ouvrier boulanger de 35 ans, porteur d'amygdales palatines et de végétations adénoïdes énormes. Il s'agit d'hypertrophie simple; l'examen du sang ne révèle rien d'anormal ; il n'existe pas de ganglions, pas de syphilis secondaire.

A l'encontre de ce qui se voit habituellement, où le tissu lymphoïde du pharynx rétrocède avec l'âge, il n'a fait, chez ce malade, qu'augmenter de volume.

LE MARC'HADOUR. — **Papillomes du larynx chez un enfant.** — Le Marc'Hadour (au nom de Boulay empêché) présente une enfant de 11 ans, opérée à l'âge de 3 ans pour papillomes du larynx. L'opération pratiquée fut la thyrotomie, qui ne donna qu'un résultat temporaire. Dix mois plus tard, il y eut récidive complète et l'on dut faire une trachéotomie d'urgence. A l'abri de la canule, le larynx, mis au repos, guérit. La canule fut nécessaire pendant cinq ans et demi. Boulay demande à ses collègues s'ils partagent son opinion, qui est la suivante : *dans le papillome avec troubles respiratoires, la thyrotomie ne donne que des résultats aléatoires et ses préférences vont à la trachéotomie, souvent suivie de guérison.*

MAHU cite des cas où, chez des enfants de moins de 10 ans, porteurs de papillomes du larynx, il n'existait comme symptômes subjectifs que de la toux et de l'enrouement. Il n'est pas commode, dans ces cas, de proposer aux parents même une simple trachéotomie.

WEISSMANN fait remarquer que le diagnostic est souvent diffi-

cile à cause de l'indocilité des enfants et de l'inefficacité sur eux des anesthésiques.

KŒNIG se rappelle avoir vu à la clinique Fraenkel un petit garçon atteint d'une grosse masse de papillomes que l'on a essayé d'opérer par voie endolaryngée et chez lequel il fut impossible d'obtenir l'anesthésie locale, soit avec la cocaïne, soit avec l'antipyrine.

LE MARC'HADOUR rapporte une observation recueillie par Rolland dans le service de Broca. Un enfant entre à l'hôpital avec un tirage tel qu'une opération d'urgence s'impose. On fait d'abord une thyrotomie avec trachéotomie et ablation des papillomes. La canule est enlevée au bout de vingt-quatre heures. En moins de trois mois, il y eut récidive complète et l'enfant revint de nouveau à l'hôpital avec du tirage. Cette fois, on pratiqua seulement la trachéotomie. Il y a deux ans de cela, et le petit malade, auquel on enlève de temps en temps, par les voies naturelles, les papillomes qui se reproduisent, est toujours canulé, mais est maintenant proche de la guérison.

LUC conclut que les observations qui précèdent sont de nature à fixer nos principes relativement à la conduite à tenir à l'égard des enfants affectés de papillomes laryngés. Deux cas sont à envisager : 1° *les néoplasmes causent à la fois de l'enrouement et de la dyspnée ;* on fera alors la trachéotomie et l'on attendra du repos forcé de l'organe la régression spontanée de ces néoplasmes ; 2° *il y a seulement de l'enrouement ;* on prescrira seulement le repos le plus complet possible du larynx.

Dans le cas où, l'âge adulte étant atteint, le traitement en question n'aurait pas amené le résultat attendu, on en serait quitte pour tenter alors l'extraction des papillomes par les voies naturelles.

KŒNIG. — **Un méfait de la prothèse paraffinique.** — Kœnig présente une jeune fille de 19 ans chez laquelle une prothèse à la paraffine à chaud pour la réparation d'une déformation nasale *en coup de hache* donna un résultat immédiat parfait qui dura plusieurs semaines. Il apparut alors une bosse dure, de la grosseur d'une cerise, un peu plus haut que le point d'injection. Il faudrait donc réserver le pronostic en ce qui concerne le résultat éloigné des prothèses paraffiniques.

MAHU remarque que ces accidents sont rares, mais qu'il en a déjà été publié quelques cas, en particulier par Broeckaert, qui a dénommé ces tumeurs bénignes : *paraffinomes*. Le malheur est

d'ailleurs réparable. Dans les cas de ce genre, où la paraffine doit être injectée en tissu mou et n'être pas soumise par la suite à une trop grande traction musculaire, Mahu préfère avoir recours aux *injections à froid.*

Séance du 12 juillet 1907.

Boisviel. — **Un cas de bégaiement guéri opératoirement.** — Boisviel rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans atteint de bégaiement qui disparut par trois fois, immédiatement après chacune des trois interventions suivantes : ablation de végétations adénoïdes et ablation d'amygdales en deux fois. Mais le défaut de prononciation reparut au bout de quelques mois. Il ne disparut tout à fait qu'après que l'auteur eut supprimé un demi-centimètre de la luette, *sans anesthésie pour impressionner l'enfant.*

Castex remarque qu'il a déjà été publié quelques cas de bégaiement chez des adénoïdiens disparaissant à la suite de l'opération. Une des dernières a été produite par Grossard.

Inversement, il a vu un adénoïdien présenter un bégaiement *transitoire* après l'adénectomie. C'était simplement un effet nerveux.

Castex. — **Deux cas d'othématome. Intervention chirurgicale.** Castex présente deux observations, avec photographies, d'othématomes types, intéressantes à plusieurs points de vue.

Les deux collections sanguines, de la grosseur d'une amande, fluctuantes, siégeaient sur le pavillon de l'oreille droite, au niveau de la cavité de l'hélice et de la fossette de l'anthélix.

Le premier cas, d'origine spontanée, présentait ceci de particulier que le frère jumeau du sujet avait vu se développer, dans la même année, une tuméfaction semblable sur la partie haute de son pavillon droit.

Le second, d'origine traumatique, se montrait chez un homme de 43 ans qui avait froissé fortement son oreille en portant un bois de lit sur son épaule.

Pour prévenir des complications, la collection sanguine fut ouverte par une incision verticale.

Les détails d'anatomie pathologique sont les suivants :

Collection de sang noirâtre mais fluide, amassée entre le cartilage qui se montrait normal et le périchondre seul tapissé d'une mince couche de caillots et paraissant calcaire par endroits. L'examen histologique en sera pratiqué. Il n'y avait pas de poche kystique pouvant être disséquée.

L'opération fut faite au moyen d'une injection sous-cutanée de cocaïne, mais Castex déclare que, dans pareille circonstance, il recourrait plus volontiers au chloroforme parce que le curetage de la poche, qui doit être minutieux, s'est montré particulièrement douloureux.

Ces deux faits répondent aux deux théories qui ont été données de l'affection.

Si le premier, par sa spontanéité et par la co-existence chez deux jumeaux, peut trouver son explication dans un trouble du système nerveux central (Mathias Duval, Laborde, E. Gellé), le second, sûrement traumatique, montre que le siège habituel de ces amas sanguins est sous-périchondral.

PASQUIER montre à cette occasion la photographie d'un othématome, datant de plusieurs années, sur laquelle on voit que la résorption ne se fait qu'imparfaitement en laissant une déformation du pavillon. Chez ce malade, le pavillon est tout ridé dans sa moitié supérieure ; de plus, il a conservé un épaississement d'environ 2 centimètres ; sa consistance est fibreuse ; il ne reste aucun liquide ni aucune poche au niveau de l'othématome ; le sang s'est résorbé et les parois de la poche sanguine se sont transformées en tissu fibreux. D'après cette observation, il faudrait donc faire des réserves sur le pronostic éloigné, en ce qui concerne l'esthétique d'un pavillon atteint d'othématome.

CHERVIN. — **Utilité de l'oto-rhinoscopie dans les divisions palatines.** — Chervin fait, tout d'abord, remarquer que les opérations de division congénitale de la voûte osseuse ou du voile du palais rentrent particulièrement dans les attributions de l'oto-rhinologie : non seulement à cause du lieu de l'intervention chirurgicale et de la légèreté de main qu'elle réclame, mais surtout à cause de l'utilité de l'examen oto-rhinoscopique.

L'opération n'améliore pas, *ipso facto*, le langage ; elle n'a qu'un but : permettre son éducation. Mais cette éducation elle-même ne dépend pas seulement du traitement orthophonique qui sera institué ; elle est à son tour, en grande partie, sous la dépendance directe de la topographie anatomique des organes qui concourent à la parole.

Donc, ce n'est que lorsque le chirurgien et le médecin orthophoniste auront conjointement examiné avec soin le malade au triple point de vue des conditions anatomiques des oreilles, du nez et du pharynx, des possibilités chirurgicales et des possibilités éducatives verbales, que le pronostic pourra être établi en connaissance de cause. Or, c'est ce pronostic qui importe, avant tout, au malade, lequel recherche *uniquement* l'amélioration de son langage.

CASTEX rappelle que son maître, Trélat, a préconisé les exercices d'orthophonie pré-opératoires chez les enfants qu'il devait opérer pour division du palais ou du voile palatin.

MOUNIER. — **De la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. Présentation d'instruments.** — Mounier présente :

1° Un *écarteur* pour l'aile du nez et le lambeau muqueux après son décollement ;

2° Une *rugine* coupante pour entamer le cartilage, sans perforation de la muqueuse du côté opposé ;

3° Une *pince coupante* pour la résection des parties, même les plus profondes, de la cloison cartilagineuse et osseuse.

Suivent quelques observations suggérées par la pratique sur les indications et les divers temps de cette opération.

KŒNIG fait observer que Mounier se rencontre avec Freer (de Chicago), sur les trois points suivants :

1° Emploi des rétracteurs pour remplacer le spéculum de Killian ;

2° Résistance du lambeau à l'infection ;

3° Grandeur de l'incision de la muqueuse.

Quant à la pince, celle de Jansen coupe dans le même sens que celle présentée par Mounier.

PASQUIER. — **Sur un cas de complication naso pharyngée et méningitique de la rougeole.** — Pasquier rapporte l'observation d'un enfant de 7 ans qui, au cours d'une convalescence de rougeole ayant évolué normalement, est pris subitement d'une récidive, d'abord localisée aux fosses nasales et au naso-pharynx.

Ecoulement par les narines d'une sérosité muco-purulente ; respiration nasale impossible ; état congestif de la muqueuse pituitaire et naso-pharyngienne avec dyspnée et fièvre. Un traitement local améliore ces symptômes, rétablit la respiration, mais l'enfant présente ensuite les symptômes d'une méningite, qui se confirme et provoque la mort.

A cette occasion, Pasquier conclut que, pendant la convalescence de la rougeole, ainsi que de la scarlatine, de la diphtérie et de l'érysipèle, le malade devrait être confié à l'oto-rhino-laryngologiste, qui surveillerait la récidive du côté des muqueuses nasales et naso-pharyngiennes. De plus, il pense que l'infection de ces muqueuses est très souvent la porte d'entrée de la méningite.

KŒNIG. — **Présentation de malade.** — Kœnig présente une jeune femme de 29 ans, se plaignant d'avoir tous les matins du sang dans la bouche (sans toux ni vomissements). En lui examinant la bouche, l'auteur fut fort surpris de voir, autour de la dernière molaire supérieure, des deux côtés, un gros bourrelet gingival exactement de la même forme, de la même grosseur (d'une bille), lisse, rond, non enflammé, de consistance cartilagineuse. La jeune femme affirme que cet état de choses date de son enfance et que ces grosseurs ne l'ont jamais gênée d'aucune façon.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

SESSION DE 1907

Congrès annuel à Bruxelles, les 8 et 9 juin 1907, sous la présidence du Dr HENNEBERT.

COMPTE-RENDU OFFICIEL PAR LE Dr E. LABARRE

Séance du samedi 8 juin, à l'hôpital Saint-Pierre.

La séance est ouverte par le Président.

Tous les membres ont reçu le procès-verbal de la dernière réunion, lequel a été publié dans le *Bulletin* de la Société. Comme on a pu en juger, le compte rendu de la dernière réunion ne le cède en rien ni comme importance des communications, ni comme intérêt à ceux des autres années.

La Compagnie a continué à itinérer dans le chemin qu'elle suit

depuis nombre d'années et qui l'a conduit à une prospérité croissante.

Le Trésorier annonce, de son côté que l'équilibre budgétaire est assuré grâce à la cotisation spéciale qui a été perçue l'an dernier.

Diverses demandes de candidatures ont été adressées au Président dans les délais réglementaires ; elles sont soumises, avec titres à l'appui, à la Commission nommée *ad hoc* et feront l'objet d'un rapport.

Certaines modifications sont apportées au texte des statuts de la Société ; elles ont trait à la durée du mandat des membres du bureau. Il est entendu également que le bibliothécaire-archiviste fera partie dudit bureau.

Le Président prononce l'allocution d'usage. Il souhaite la bienvenue aux collègues oto-laryngologistes venus d'au delà de nos frontières : Belin, Furet, Gellé fils, de Paris ; Bourlon, de Valenciennes ; Goldsmith, d'Aix-la-Chapelle ; Noquet, de Lille. L'Assemblée est conviée ensuite à saluer la mémoire du Dr Zaalberg, d'Amsterdam, décédé au cours de l'année courante.

Dans son discours, le Président rappelle les phases du développement de la Société sous l'impulsion de Ch. Delstanche, son premier président. A cette évolution est liée celle des services d'oto-laryngologie des hôpitaux de Belgique. Liège et Gand avaient des services spéciaux complets ; cette année même des salles ont été réservées dans les hôpitaux de Bruxelles aux malades souffrant d'affections oto-rhino-laryngologiques, de sorte qu'ainsi grandit et prospère notre spécialité selon le vœu de Delstanche lui-même.

Le Rapport de la Commission des candidatures étant unanimement favorable, le Dr Rolland, de Bruxelles, a été nommé membre de la Société ; Gellé, de Paris, acquièrent le titre de membres associés.

En outre, sur la proposition du Président, l'Assemblée acclame comme membres d'honneur : les Prof. B. Fraenkel, de Berlin ; A. Politzer, de Vienne, et H. Schwartze, de Halle.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion qui aura lieu à Bruxelles en 1908.

1° *De l'examen du sang dans les complications endo-crâniennes otitiques et rhinitiques.* Le Dr A. Fallas veut bien se charger d'exposer le sujet.

2° *Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngienne.* Le Dr J. Broeckaert fera rapport sur la question.

3° Le Dr Fernandès n'ayant pu terminer en temps voulu son tra-

vail sur *les anesthésiques en oto-rhino-laryngologie*, le présentera à la réunion de l'an prochain.

Enfin, l'ordre du jour appelle l'élection du Bureau de la Société pour l'exercice prochain. On vote par acclamations.

Le Dr Delmarcel remplira les fonctions de président ;

Le Dr Hennebert devient pro-président ;

Le Dr Buys est élu vice-président ;

Le Dr Broeckaert reste secrétaire général ;

Le Dr Labarre continue à remplir les fonctions de trésorier ; le Dr J. Merckx est secrétaire des séances ; le Dr V. Delsaux est adjoint au bureau en qualité de bibliothécaire-archiviste.

I. — *Présentation de pièces anatomiques.*

Broeckaert (Gand). — **Anastomose du récurrent et du grand sympathique.** — L'auteur présente une pièce anatomique qui montre, d'une façon très nette, les anastomoses multiples et importantes qui existent entre le nerf récurrent et le grand sympathique cervical. Il existe chez l'homme un véritable *plexus sympathico-récurrentiel* qu'on peut distinguer en un plexus antérieur ou superficiel et en plexus postérieur ou profond. L'auteur attire également l'attention sur l'existence de deux petites masses ganglionnaires qui existent d'une façon presque constante au milieu de ces plexus et qu'il considère comme des centres de relais. Il montre enfin une branche nerveuse volumineuse qui établit l'anastomose entre le sympathique et le nerf laryngé ; elle émane soit de l'extrémité inférieure du ganglion cervical moyen, soit de la portion initiale du ganglion cervical inférieur. Cette disposition anatomique se retrouve également chez le chien.

En résumé, cette pièce anatomique démontre clairement l'importance des anastomoses entre le sympathique et les nerfs larynryngés et le rôle indéniable mais encore problématique que joue le grand sympathique dans l'innervation du larynx et dans la pathogénie des paralysies de cet organe.

Fallas (Bruxelles). — **Carcinome du larynx.** — Il s'agit du larynx d'un malade présenté déjà l'an dernier pour diagnostic et au sujet duquel les avis furent partagés. Ce malade est mort en mars dernier et, comme le démontre la pièce anatomique, il s'agissait d'un cancer du larynx.

L'auteur attire l'attention : 1° sur la survie notable obtenue chez ce patient : il a pu suivre le malade pendant trente mois et l'a connu seulement à la période d'ulcération ; la trachéotomie fut pratiquée il y a seize mois ; 2° sur le peu d'intensité des phénomènes douloureux malgré l'étendue de la lésion ; 3° sur le retentissement peu considérable de cette dernière, sur les systèmes respiratoire et digestif ; 4° sur l'apparition tardive de la paralysie vocale (un an après qu'il vit le malade pour la première fois).

Cheval (Bruxelles). — **Larynx carcinomateux.** — A l'occasion de la démonstration précédente, montre le larynx d'un malade opéré il y a quelques jours pour un carcinome volumineux du larynx. Malgré l'étendue de la lésion, l'état général du patient était resté très bon, les douleurs n'étaient pas très vives et la voix n'était que peu altérée.

Dans un même ordre d'idée, le Dr Capart fils (Bruxelles) présente les coupes microscopiques du larynx d'un malade qu'il a opéré il y a trois ans, pour une tumeur analogue, et qui n'a pas présenté la moindre trace de récidive depuis son opération.

Goris. — **Pièces anatomiques servant de contribution à l'étude de l'extirpation des tumeurs malignes de la bouche.** — L'auteur rappelle la communication qu'il fit l'an dernier à la Société belge de chirurgie et à propos de laquelle il présenta une série de pièces provenant d'opérations pour tumeurs malignes des voies respiratoires supérieures, pièces contenant toute la tumeur initiale avec les trajets lymphatiques et tous les ganglions enlevés en bloc. La pièce présentée à la Société belge de laryngologie est constituée par une hémi-extirpation de la langue, avec le plancher de la bouche, la glande sous-maxillaire entourée de ses ganglions, les ganglions carotidiens et un gros ganglion sous-mastoïdien, enlevés en bloc après trachéotomie préalable et résection du maxillaire inférieur.

Van den Wildenberg (Anvers). — **Volumineux abcès du cervelet, d'origine otitique.** — Un homme de 45 ans, ancien otorrhéique, fut pris brusquement de maux de tête et de vertiges violents qui l'obligèrent à garder le lit pendant six semaines. Le patient se présenta alors à l'hôpital et l'auteur ne constata à l'examen otoscopique qu'une carie de la paroi postérieure. Un traitement local fut institué, et comme le lendemain aucune amélioration ne s'était produite, une intervention sur le cervelet fut décidée, mais le ma-

lade mourut brusquement avant que celle-ci pût être tentée.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un volumineux abcès cérébelleux.

Alfred Fallas (Bruxelles). — **Phlegmons du cou.** — L'auteur a eu l'occasion de voir, dans le courant de l'année dernière, 4 cas de phlegmon du cou, dont trois consécutifs à une amygdalite linguale et tous trois terminés par la mort. L'infection s'est faite par voie lymphatique. Les vaisseaux de l'amygdale linguale et de tout le laryngo-pharynx vont, en effet, se rendre à cinq ou six ganglions, situés dans le triangle pharyngo-maxillaire, et faisant partie de la grande chaîne carotidienne. Le triangle pharyngo-maxillaire, ouvert en bas, se continue dans la région latérale profonde du cou, sous l'aponévrose moyenne, le long du paquet vasculo-nerveux. C'est ce qui explique l'envahissement rapide de tout le cou et du médiastin.

Tous ces malades se sont présentés avec une amygdalite linguale aiguë banale, accompagnée de léger engorgement ganglionnaire, et traitée par les moyens habituels : gargarisme, purgatif, pédiluve, enveloppement humide.

Puis, rapidement sont survenus de la fièvre entre 39°,5 et 40°,5, de la douleur et du gonflement considérable à la région du cou, amenant une dyspnée profonde.

A l'incision qui, chaque fois, a été faite en avant du sterno-cléido-mastoïdien, il a trouvé, sur une épaisseur de plusieurs centimètres, du tissu lardacé avec traînées purulentes diffuses et fétides.

L'autopsie a révélé des traînées purulentes jusque dans le médiastin et une altération profonde de tous les organes splanchniques : dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, du foie, du rein ; rate infectieuse, épanchement pleural.

L'auteur conclut :

1° A la nécessité d'intervenir d'une façon tout à fait précoce, et ce, en allant directement au siège du pus, c'est-à-dire le triangle pharyngo-maxillaire. Pour ce faire, deux voies s'offrent au chirurgien : l'une, antérieure, écarte le sterno-cléido-mastoïdien pour suivre les vaisseaux du cou ; l'autre, postérieure, passe derrière le muscle. Ici on va directement avec le doigt dilacérer les tissus sous-jacents pour tomber dans le triangle. La première est plus difficile mais débride en même temps la région sous hyoïdienne ; la seconde est plus directe et est la méthode de choix dans les interventions hâtives.

2° L'administration du chloroforme est absolument contre-indiquée. Un malade est mort sur la table d'opération ; chez le second, on dut recourir à la trachéotomie à travers des tissus gravement infectés, et le troisième ne sortit d'un accident de narcose que grâce à des inhalations prolongées d'oxygène et à la respiration artificielle.

La mort serait due non seulement à la compression du pneumogastrique au cours des phénomènes d'excitation dus à la narcose, mais encore au mauvais état du cœur et des organes splanchniques profondément altérés.

Trétrôp (Anvers) estime que l'amygdale linguale peut parfaitement servir de porte d'entrée à l'infection des tissus du cou. Il a eu l'occasion de soigner deux cas d'infection semblables, au début, et de les guérir par l'institution d'un traitement local.

Cheval fait remarquer combien fréquentes sont les morts par inhibition, inexpliquées la plupart du temps, dans les cas de l'espèce.

Il rappelle que, chez le chien, une goutte de chloroforme appliquée sur le pneumo-gastrique suffit pour provoquer la mort.

II. — *Présentation d'instruments.*

Broeckaert (Gand). — **Pinces œsophagiennes.** — L'auteur présente des pinces coudées, destinées à remplacer celles de Killian, pour retirer les corps étrangers de l'œsophage. Moins que les instruments du professeur de Fribourg, elles masquent le champ opératoire ; elles sont bien en main et se montent et se démontent rapidement, se plaçant sur un manche universel dans le genre de celui de Krause.

Heyninx (Bruxelles). — **Disciseur à l'emporte-pièce.** — Combinaison du plicotome de Lermoyez et des ciseaux de Vacher.

Heyninx. — **Instillateur oto-tubaire.** — Rejetant systématiquement les injections de liquides par le cathéter, l'auteur a adapté une sonde de Weber-Liel à une seringue dont le piston est muni d'une vis de réglage.

C'est, en somme, l'instillateur de Guyon appliqué et proportionné à la trompe d'Eustache.

Séance du dimanche 9 juin, à l'hôpital Saint-Pierre.

III. — *Présentation de malades.*

Van den Wildenberg. — **Malade opérée de pansinusite unilatérale gauche avec exophtalmie et névrite optique.** — La malade atteinte de polysinusites gauches depuis deux ans, fut frappée subitement d'exophtalmie et de cécité presque complète.

L'auteur s'attendait à trouver l'explication de ce dernier accident dans une névrite optique brusque, en rapport avec les phénomènes phlegmoneux de la cavité orbitaire.

Mais l'examen ophtalmoscopique démontra qu'il n'en était rien et qu'il s'agissait d'une névrite rétro-bulbaire ancienne avec troubles circulatoires et atrophie prononcée de la papille. Le diagnostic de pansinusite unilatérale gauche put être ainsi posé avec exactitude et fut confirmé par l'intervention qui permit de reconnaître une carie de la paroi externe du sinus sphénoïdal. La guérison fut parfaite à part la cécité qui persiste.

Van den Wildenberg (Anvers). — **Deux enfants en bas âge traités de papillomes du larynx par la méthode de Killian.** — Le 1er cas concerne un enfant de 17 mois atteint de raucité de la voix et d'une légère dyspnée. Tous les examens au miroir échouèrent.

L'auteur eut alors recours à la méthode d'examen directe de Killian et constata la présence d'un papillome inséré à l'angle des cordes vocales. Il existait une seconde tumeur de même nature, sessile, sur la corde vocale droite. Les deux tumeurs furent enlevées directement sous narcose chloroformique.

Le 2e cas se rapporte à un enfant de 18 mois. Ici encore l'auteur fut obligé de recourir à la méthode d'examen direct. Le larynx fut trouvé presque complètement comblé de papillomes. L'enlèvement du plus gros de ceux-ci produisit un accès d'asphyxie, et l'auteur fut forcé de pratiquer la trachéotomie. Dès le lendemain, il enleva encore plusieurs papillomes, et trois jours plus tard il termina par l'ablation des derniers néoplasmes situés, ceux ci, sous les cordes vocales. La canule fut dès lors enlevée et depuis l'intervention, la dyspnée a disparu complètement et la voix tend à devenir normale.

L'auteur insiste sur l'utilité de la méthode de Killian et prévoit que dans l'avenir celle-ci remplacera, même chez l'adulte, les méthodes indirectes.

Van den Wildenberg. — **Malade ayant subi l'ablation du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde pour cancer.** — Le titre résume suffisamment cette intervention. L'auteur insiste surtout sur la large exérèse à laquelle il dut avoir recours pour enlever complètement la tumeur et les métastases ganglionnaires. La ligature de la carotide externe fut pratiquée. Résultat excellent, la vision s'est bien maintenue.

Delsaux (Bruxelles). — **Série de malades opérés de polysinusites de la face.** — Cinq malades, dont quatre furent montrés à la dernière réunion de la Société belge d'oto-laryngologie, furent opérés par la méthode de Moure, c'est-à-dire par incision des téguments, résection des os propres et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et de toute la paroi interne de l'antre d'Highmore, de l'ethmoïde et, dans certains cas, de la paroi inférieure du sinus frontal et de la cloison antéro-inférieure du sinus sphénoïdal.

Tous ces malades sont restés guéris jusqu'ici.

Certains d'entre eux font des croûtes et doivent encore faire des lavages du nez ; d'autres ne prennent aucun soin spécial.

Quant aux traces extérieures de l'opération et aux déformations qu'elle entraîne, elles sont réellement négligeables.

L'auteur a tenu à représenter ces malades afin de démontrer que l'opération ne donne pas seulement des résultats esthétiques, mais aboutit définitivement à la guérison.

Goris (Bruxelles). — **Malade opérée en une seule séance de double sinusite fronto-ethmoïdale et maxillaire gauche.** — Il y a lieu de remarquer tout d'abord que le bon résultat obtenu au point de vue plastique est dû à la *résection totale de la paroi antérieure coupée en biseau, de façon à ce que la peau ne fasse pas un angle brusque à ce niveau.* L'auteur ne pratique plus le procédé de Killian, attendu que la conservation de la bandelette osseuse du rebord orbitaire ne contribue en rien à améliorer l'aspect post-opératoire de la face : il ne retient du procédé de Killian que la résection de l'apophyse montante dont l'enlèvement assure le nettoyage complet des cellules ethmoïdales antérieures.

En cas de double opération sur les sinus frontaux, il faut éga-

lement tailler artistiquement les os de la racine du nez qui ne peuvent faire saillie sous peine de défigurer le malade.

Goris. — **Malade ayant subi l'extirpation totale du larynx il y a plus de trois ans.** — Cette malade doit son salut à ce que le médecin traitant a reconnu immédiatement la tumeur et que celle-ci a pu être opérée sur le champ.

C'est la seule des douze extirpations du larynx faites par Goris qui lui soit arrivée en temps utile : c'est aussi la seule qui soit restée guérie.

Goris. — **Malade ayant subi il y a trois ans la résection temporaire de la narine droite pour extirpation d'un sarcome à point de départ ethmoïdal.** — L'ethmoïde et la tumeur furent enlevés en une seule masse.

L'auteur fait remarquer que pour faciliter l'opération il fit une incision transversale de la joue dans la direction de l'épanouissement des fibres du facial. Aussi le malade a-t-il gardé intacte la mobilité de la paupière inférieure. Une suture endodermique a fait disparaître toute trace de cette incision. Depuis l'opération le malade est resté complètement guéri.

Goris retrace rapidement l'histoire d'un malade actuellement âgé de 75 ans, auquel il fit, il y a sept ans, après division médiane du maxillaire inférieur, *l'extirpation des trois quarts antérieurs de la langue et du plancher buccal pour un épithélioma.*

Ce malade qu'il aurait voulu montrer à l'assemblée est également resté parfaitement guéri.

Goris. — **Malade opéré il y a vingt et un mois pour sarcome de la fosse temporo-zygomatique.** — La tumeur s'étendant depuis l'orbite jusqu'au trou déchiré postérieur, dont l'auteur enleva le pourtour externe. La guérison s'est maintenue. Port d'un appareil prothétique. Goris a tenu à parler de ces cas pour prouver, une fois de plus, que le cancer pris à temps et largement opéré peut parfaitement ne pas récidiver.

Discussion.

Capart père. — Dans un cas opéré, il y a de nombreuses années, chez une femme à laquelle il avait pratiqué la résection complète des deux maxillaires supérieurs, après une guérison apparente de plus de quatre ans, il fut, sur le désir de la malade,

appliqué un appareil prothétique. Moins de quatre mois après, une récidive s'était produite qui, très rapidement, emporta la malade. Il est donc prudent de s'abstenir de toute prothèse post-opératoire.

CHEVAL croit, comme CAPART vient de le rappeler, que l'application de pièces prothétiques peut ramener la récidive. Toutefois et malheureusement ce n'est pas là la seule cause de récidive.

GORIS est parfaitement convaincu du rôle étiologique du traumatisme dans le cancer. Mais il pense que dans le cas cité par Capart, le sarcome s'est reproduit parce que sarcome. Le rôle étiologique de la prothèse n'est pas frappant.

A. FALLAS (Bruxelles). — **Chéloïdes du lobule des oreilles.** — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, sujette à des crises épileptiques dans son enfance et à qui on perça les oreilles à l'âge de 7 mois. Il se développa bientôt autour de l'orifice ainsi créé des petites tumeurs recouvertes de peau saine et tout à fait indolores, qui l'empêchèrent de porter des boucles.

Vers l'âge de 14 ans, et sur le conseil d'un médecin, on créa un nouveau tunnel à travers les nodules existants. Ceux-ci grossirent considérablement et furent enlevés en 1905. Mais la récidive se produisit dans la cicatrice, suivie d'une nouvelle intervention chirurgicale, en février 1906.

En mars 1907, elle se présenta à l'hôpital Saint-Jean porteuse de deux tumeurs, du volume d'une noisette, d'une dureté cartilagineuse, légèrement bosselées, recouvertes d'une peau rouge violacée, amincie, sillonnée d'un lacis important de petits vaisseaux, et intimement adhérente aux tissus sous-jacents. Ces tumeurs sont indolores, même à la pression, mais deviennent à certains moments le siège d'un prurit très intense. La malade fut soumise à des injections de fibrolysine, combinaison chimique de thiosiamine et de salicylate de soude, qui jouirait de propriétés résolutives sur les tissus cicatriciels. Vingt-cinq injections n'ayant amené aucun changement, l'auteur serait heureux d'avoir l'avis des Membres de la Société, sur l'opportunité de l'électrolyse dans le cas présent.

A. FALLAS (Bruxelles). — **Quelques cas de paralysie des cordes vocales.** — Si les paralysies récurrentielles sont une lésion commune, les causes qui la produisent sont multiples et souvent difficiles à diagnostiquer. Parmi celles-ci, l'adénopathie trachéo-bronchique doit être une des plus fréquentes, étant donné la

multiplicité des affections bacillaires en général et du poumon en particulier. C'est le groupe ganglionnaire prétrachéo-bronchique gauche, logé entre la trachée et la première grosse bronche d'une part, et la crosse aortique, que vient contourner le récurrent, d'autre part, qui est la cause de la paralysie. Mais il s'agit là d'un diagnostic clinique très difficile, et qui ne nécessite rien moins que l'expérience et l'attention d'un praticien consommé. Heureusement que nous possédons, depuis quelques années, dans l'emploi des rayons X un puissant moyen de diagnostic auquel nous ne devrions jamais manquer de recourir en présence d'une paralysie récurrentielle. Ce n'est nullement à dire que l'exploration clinique doive perdre ses droits, car seul un ensemble symptomatique peut fournir une indication sérieuse.

OBSERVATION I. — W..., Ch., 33 ans, tailleur, toussotte depuis trois ans, et depuis deux ans il est sujet aux enrouements. Le 9 février dernier il est pris d'une terrible crise dypsnéique, avec paralysie de la corde vocale gauche, nécessitant une trachéotomie. La radioscopie confirme le diagnostic clinique de bacillose des deux sommets, et décèle un amas considérable de ganglions dans le médiastin.

OBS. II. — Sch..., Charles, 40 ans, menuisier, a vu sa voix s'altérer rapidement après un rhume. Elle est nettement bitonale. La corde gauche est paralysée en position intermédiaire.

On ne constate à l'examen thoracique qu'un peu de rudesse respiratoire du sommet droit. On ne trouve pas de signes d'anévrisme de l'aorte autre qu'une douleur assez forte dans l'épaule gauche. Le traitement spécifique ne donne rien. L'examen radioscopique, qui ne peut être obtenu que dix mois plus tard, alors que la tuberculose des sommets est devenue évidente, montre l'existence de ganglions médiastinaux.

OBS. III. — St..., Hélène, 47 ans, tailleuse, est vue pour la première fois en juillet 1904. Elle présentait à ce moment une paralysie complète de la corde vocale gauche et toute une série de ganglions du cou, durs, rouges, douloureux au toucher. Elle présentait à la langue une petite érosion superficielle sans caractère. Elle était en traitement depuis deux ans pour bacillose des sommets, et l'état général était très mauvais. Le traitement mercuriel (sirop de Gibert) institué comme pierre de touche amena une amélioration sensible de l'état général mais non de la paralysie.

La malade ne fut revue qu'en novembre 1906, porteuse d'une sclérose linguale syphilitique avec deux gommes à la période d'état : l'une fermée l'autre déjà ulcérée. La paralysie de la corde

vocale restait dans le même état ; l'examen radioscopique révéla de l'obscurité des deux sommets et du médiastin.

Des injections de calomel amenèrent la disparition de la gomme fermée, la cicatrisation de l'ulcère et une augmentation notable de la mobilité de la corde vocale.

Il est probable qu'il s'agit dans ce cas d'une affection mixte ; la diathèse syphilitique, attaquée par un traitement intensif, est seule influencée, ce qui explique le retour partiel de la motilité.

FALLAS (Bruxelles). — **Quelques cas de sténose du conduit auditif externe.**

OBSERVATION I. — Rod..., Aimé, 10 ans, porteur d'une grosse végétation adénoïde, d'une suppuration ancienne de l'oreille gauche, avec perforation de Schrappnel et large destruction du tympan, est évidé le 6 février 1905, après adénotomie et enlèvement des osselets suivis de plusieurs mois de pansements par le conduit auditif. Celui-ci est largement réséqué et la plaie rétro-auriculaire suturée immédiatement. A partir du 20 février, le conduit commence à se sténoser et se ferme presque totalement vers la fin de mars. L'enfant disparaît et nous ne le revoyons que quelques jours avant la réunion de la Société, croyant montrer une sténose complète. A notre grand étonnement, nous constatons que sous l'influence du repos elle a considérablement diminué, au point qu'elle permet l'inspection de toute la cavité opératoire remplie de lamelles épidermiques, qui sont enlevées après instillation de vaseline liquide.

OBS. II. — R..., Marie, 15 ans, est évidée le 28 septembre 1906 pour cholestéatome et fistule mastoïdienne datant de l'enfance ; l'opération est terminée par une résection large du conduit avec une suture immédiate après excision du trajet fistuleux. Cependant, malgré des pansements journaliers, le conduit se rétrécit au point qu'au commencement de décembre l'inspection de la cavité opératoire devient impossible. On fait une nouvelle intervention au cours de laquelle on abat autant qu'il est utile du massif du facial et on résèque le conduit membraneux jusqu'à la conque. L'orifice permet facilement le passage de l'index, et cependant le 11 janvier, la sténose s'est reproduite et nécessite une nouvelle intervention.

Cette fois, la plaie rétro-auriculaire reste ouverte, constituant ainsi une soupape de sûreté. La sténose, depuis, s'est encore reproduite, absolument complète.

OBS. III. — D... Joseph, 4 ans, fut opéré de mastoïdite post-

scarlatineuse dans un service de chirurgie, mais la guérison ne se produisit pas, et quatre mois plus tard il fut évidé à la clinique de l'Hôpital Saint-Jean. La plaie rétro-auriculaire fut laissée ouverte et la plastique du conduit remise à une séance ultérieure. Celle-ci fut pratiquée un mois plus tard de même que la suture rétro-auriculaire. Mais le conduit se sténosa et il s'établit une fistule rétro-auriculaire, par où un stylet rencontra de l'os dénudé au voisinage du sinus. Curettage et nouvelle résection du conduit jusqu'à la conque suivie de récidive, tant de la suppuration osseuse que de la sténose, qui est actuellement complète.

OBS. IV. — L..., Louise, 14 ans, tailleuse, fut évidée le 25 avril, pour mastoïdite chronique fistulisée par le massif du facial à la région postérieure du conduit ; l'opération fut terminée par la résection large du conduit et fermeture rétro-auriculaire immédiate. Au milieu du mois de mai, le conduit se sténosa rapidement. C'est alors que l'on eut l'idée de faire de la dilatation au moyen de tampons de gaze imbibés de collargol à 5 $^0/_0$. Actuellement, après trois semaines de ce traitement, il existe une amélioration sensible.

L'auteur se demande si la cause de ces sténoses ne réside pas précisément dans le fait que la résection est trop considérable et s'étend jusque trop près du méat, car c'est là qu'elles se sont toutes produites.

Le fait de la disparition de la sténose après cessation de tout traitement n'est pas rare, et plusieurs cas en ont été rapportés. L'auteur serait heureux d'avoir l'avis de ces collègues sur ce qu'il y aurait à tenter contre elles.

BROECKAERT (Gand). — **Malade opéré d'endothéliome du sinus maxillaire.** — Il s'agit d'un malade qui vient consulter l'auteur en décembre 1905, pour une petite masse fongueuse qui s'étendait dans le méat inférieur droit.

Il n'y avait guère d'autres symptômes que ceux d'un catarrhe nasal, sans la moindre fétidité.

Croyant avoir affaire à un simple papillome ou peut-être à un granulome lupique, Brœckaert en fit l'exérèse à la curette.

En très peu de temps les bourgeons s'étaient reproduits. L'analyse microscopique démontra qu'il s'agissait d'un granulome, sans le moindre indice de gravité. La tumeur fut de nouveau enlevée, mais elle se reproduisit très rapidement. L'auteur se décida alors à pratiquer une opération radicale, surtout que la diaphamoscopie donnait une tache obscure à droite.

Il enleva à la gouge la paroi antérieure du sinus maxillaire et put ainsi se convaincre que le sinus était en partie rempli de fongosités; celles-ci furent curetées et une large communication nasale fut établie. Les fragments enlevés démontrèrent cette fois qu'il ne s'agissait plus d'un granulome, mais bien d'une endothéliome. Malgré tous les efforts de l'auteur, la récidive se fit; la tumeur s'est infiltrée déjà dans le labyrinthe ethmoïdal, dans le sinus sphénoïdal et dans le cavum; son développement est très rapide et la mort n'est plus qu'une question de semaines.

Broeckaert pense que les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on le suppose et que beaucoup de cancers ou de sarcomes ne sont en réalité que des endothéliomes.

Broeckaert. — **Malade opérée de névralgie rebelle du trijumeau par arrachement des gros troncs du nerf à la base du crâne.** — Malade, âgée de 53 ans, présentant des crises atroces de névralgie du trijumeau se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés. Tous les moyens médicaux ayant échoué, l'auteur pratiqua, comme la névralgie n'intéressait à ce moment que la deuxième branche du trijumeau, l'arrachement de ce tronc nerveux à la partie du crâne par le trou grand rond. Les suites opératoires furent excellentes, et pendant plus d'un an la guérison fut parfaite. Petit à petit survinrent alors de nouvelles douleurs dans les régions innervées par la troisième branche. Broeckaert pratiqua l'arrachement de celle-ci au niveau du trou ovale, et depuis lors la guérison fut complète.

En présentant cette malade, l'auteur a tenu à montrer les résultats que l'on peut obtenir par l'arrachement des gros troncs nerveux, alors que pour la plupart des chirurgiens l'extirpation du ganglion de Gasser est la seule façon rationnelle de traiter les névralgies rebelles.

Cheval (Bruxelles). — **Un cas de perforation traumatique du tegmen tympani avec blessure des méninges et du cerveau par pénétration d'un corps étranger.** — A la sortie d'une église, un petit gamin de 11 ans fut terrassé par ses compagnons, et tandis que les uns le maintenaient, un autre lui enfonçait dans l'oreille gauche une baleine de parapluie; ceci se passait le *18 mai*. Le petit blessé rentra chez lui et ne fit aucune confidence à ses parents. Mais dès le lendemain la mère s'aperçut d'un écoulement de sang par l'oreille et l'enfant fut amené à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre le mardi *21 mai*. Des caillots de sang obs-

truaient le conduit auditif gauche ; le tympan n'était pas altéré ; dans l'épi-tympan se trouvait une perforation obstruée par un caillot. L'enfant fut hospitalisé d'urgence et tenu en observation. Le soir la température était de 39°7.

Le 22 *mai*. — Température 39°6 le matin ; 40° le soir. La journée avait été très agitée et on constata que le petit malade présentait du strabisme convergent, ce qui, joint aux autres signes, fit songer à une méningite de la base.

L'examen du fond de l'œil pratiqué par Gallemaerts ne donna aucun signe d'hypérémie ni d'œdème de la pupille.

La ponction lombaire démontra qu'il y avait une réaction méningée très manifeste.

Les symptômes ne s'étant pas amendés, l'auteur intervint le 25 *mai*. Il pratiqua une large résection de l'écaille du temporal, de la paroi supérieure du conduit et du toit de la caisse. Une perforation existait à ce niveau, correspondant à une déchirure de la dure-mère dont une des veines était thrombosée. Une sonde cannelée pénétra sans le moindre effort dans la substance cérébrale et permit l'écoulement d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Immédiatement après cette quantité de liquide le cerveau qui, par suite de l'hypertension considérable, ne battait plus, se remit à battre. Profitant de l'existence de cette fistule cérébro-tympanique, Cheval pensa à la possibilité d'une collection purulente mais il ne la trouva pas. Il ponctionna ensuite le ventricule latéral ; du liquide légèrement trouble s'écoula en assez grande quantité. Le trajet fistuleux du cerveau fut ensuite drainé au moyen d'une bande de gaze iodoformée ; un pansement légèrement compressif fut appliqué.

Le 26 *mai*. — Température redevenue normale ; paralysie du droit externe disparue.

Le 29 *mai*. — Une analyse du liquide céphalo-rachidien démontre l'absence complète d'éléments figurés. Depuis lors, à part une légère hyperthermie passagère, tous les symptômes alarmants ont disparu, et l'enfant se trouve en bonne voie de guérison. Cheval insiste sur la rareté du cas dont il n'a pu retrouver d'exemple dans la littérature médicale qu'un seul cas relaté il y a quelques années par Schiffers, de Liège et dont l'issue a été funeste.

Discussion.

Schiffers (Liège) a, en effet, enregistré un cas analogue : un éclat de fonte avait, chez un ouvrier fondeur, traversé le tympan,

lésé le labyrinthe et déterminé consécutivement la mort par méningite. Schiffers croit se rappeler également que Cozzolino, de Naples, a donné communication d'un cas du même genre au Congrès international d'Otologie, à Paris, en 1889.

Delsaux (Bruxelles). — Les cas de l'espèce sont certainement bien rares ; il n'a pu en retrouver qu'un seul dans la littérature médicale ; il est dû à Ballage et a été publié dans l'*Orvosi Hetilap*, n° 46, 1891. C'est celui d'un ouvrier qui s'enfonça accidentellement un tuyau de pipe à travers le tympan et le *tegmen tympani* jusqu'au cerveau. La mort s'ensuivit. A l'autopsie on trouva un foyer de ramollissement dans la matière cérébrale.

Delsaux croyait pouvoir apporter à ses collègues quelques cas semblables en lisant le titre d'une thèse inaugurale présentée à l'Université de Marbourg, en 1876 : *Ueber die Verletzungen des Hirns vom äusseren Gehörorgane aus*. Malheureusement le titre ne correspond nullement au texte du travail, puisque l'auteur de cette thèse n'a envisagé que les fractures du conduit et du tegmen par traumatisme du crâne.

Collet (Bruxelles). — **Kyste suppuré de la bourse muqueuse pré-laryngienne.** — Un homme de 30 ans environ avait vu se développer au-devant du cou, une tumeur qui fut prise pour adénite et soignée comme telle jusqu'au moment où apparut de la fluctuation. Une incision vida la poche, mais le liquide se reproduisit malgré deux nouvelles ponctions.

Il se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Jean au moment où une nouvelle poussée inflammatoire s'était produite. On incisa et on draina, sans résultat, d'ailleurs.

Le malade fut hospitalisé et on réséqua alors complètement la bourse muqueuse pré-laryngienne, car c'était en réalité un hygroma suppuré. L'auteur insiste sur la délicatesse de l'opération et sur la nécessité d'enlever le récessus de la bourse muqueuse qui se trouve derrière l'os hyoïde.

Collet (Bruxelles). — **Carcinome du sinus maxillaire.** — Ce malade fut amené à la consultation par Gallemaerts, pour affection suppurée du sinus frontal. La transillumination et l'examen du nez indiquèrent une participation ethmoïdale et maxillaire.

A une première opération, on fit la cure radicale de la polynusite et au cours de l'intervention, Gallemaerts fit remarquer que le sinus maxillaire contenait une matière grise, caséeuse, de mauvais aspect.

Tout alla bien d'abord, mais au bout de deux mois environ, l'obstruction nasale s'était reproduite.

Dans une deuxième intervention, Delsaux curetta à fond l'antre d'Highmore, fit la résection de sa paroi antérieure presque complètement et abrasa une partie de sa paroi externe, rugina le plancher de l'antre et referma la plaie opératoire.

Des pansements bi-hebdomadaires au collargol à 10 °/₀ et des lavages bi-quotidiens au sérum artificiel semblent avoir maintenu, jusqu'ici, la guérison.

ROLLAND (Bruxelles). — **Carie du rocher. Abcès périsinusal. Thrombose du sinus latéral gauche. Pneumonie septique droite. Évidement pétro-mastoïdien. Excision du sinus latéral. Guérison.** — L'observation que donne l'auteur se rapporte à un enfant de 10 ans, otorrhéique depuis l'âge de 3 ans, qui fut pris subitement, en février dernier, d'un violent frisson, de fièvre intense et de céphalée. Le petit malade fut opéré par Cheval, à l'hôpital Saint-Pierre. L'apophyse mastoïde fut évidée, le sinus latéral mis à nu, baignait dans une nappe de pus. — Il est à remarquer que le sinus avait conservé sa coloration normale et que ses battements étaient très manifestes. — Quelques jours après cette première intervention la fièvre se ralluma et la coloration du sinus devint nettement feuille-morte. Devant ce signe évident de thrombose, Cheval se décida à réséquer le vaisseau sur une étendue de plusieurs centimètres. La jugulaire ne fut pas ligaturée. Trois jours après cette deuxième intervention une pneumonie septique du lobe supérieur droit du poumon se déclara ; mais malgré cette complication, l'enfant guérit très rapidement.

La ligature de la jugulaire eût-elle, dans ce cas, empêché la pneumonie ? Rolland ne le croit pas car le transport des germes septiques pouvait se faire par d'autres voies et cela même si l'on eût pratiqué la ligature de la jugulaire.

L'auteur pense que les indications de cette opération deviennent de plus en plus rares et il insiste sur la présente observation qui confirme en tous points les conclusions émises l'an dernier par Moure, de Bordeaux :

1° Le sinus infecté est animé de battements la plupart du temps violents ou isochrones aux battements du pouls et par conséquent le sinus qui bat doit être considéré comme malade.

2° La ligature systématique de la jugulaire infectée est un acte opératoire inutile pour arrêter l'infection provenant d'une phlébite suppurée du sinus latéral.

Discussion.

DELSAUX (Bruxelles) estime que dans le cas relaté par Rolland, la ligature de la jugulaire n'aurait pas empêché l'évolution de la pneumonie. Il partage également les conclusions émises à ce point de vue par Moure.

DELSAUX (Bruxelles). — **A propos de 6 cas de thrombo-phébite des sinus craniens d'origine otitique.** — Après avoir, en quelques mots, fait l'historique du traitement des thrombo-phlébites sinusiennes et montré l'évolution qu'il a suivie depuis Zaufal jusqu'à nos jours, l'auteur émet l'opinion que l'oto-chirurgien doit distinguer les cas où il faut ligaturer, ceux où il doit s'abstenir. A son avis, la ligature de la jugulaire s'impose quand il y a thrombose manifeste au cou, et alors il ne faut pas hésiter et lier très tôt et très bas, dans le voisinage de la clavicule. S'il n'y a pas de signes au cou, on peut s'abstenir de faire la ligature à condition d'avoir ouvert largement la mastoïde et le sinus.

Quant à l'opération du bulbe, elle est difficile, compliquée et ne donne pas toujours les succès que Grunert avait fait espérer.

Revenant sur la pathogénie de la thrombo-phlébite, Delsaux insiste sur le fait que cette affection s'accompagne presque toujours de périphlébite. Or, il est très difficile de dire si la périveine est entreprise ou non et cependant il est très important de le savoir car, d'après les expériences de Vaquez et de ses élèves, si on lie une veine atteinte de périphlébite, même si cette veine n'est pas thrombosée, la ligature détermine un foyer de thrombo-phlébite.

Ce fait explique les insuccès et les méfaits de la ligature mal appliquée ou intempestivement faite. Il jette aussi la lumière sur les insuccès de la transirrigation préconisée par certains auteurs pour guérir la thrombo-phlébite. Ceux-ci ont le tort de considérer veine et sinus comme des tuyaux à parois inertes.

Discussion.

TRÉTRÔP (Anvers) est d'avis qu'au point de vue bactériologique, la ligature de la jugulaire est une utopie. Les voies lymphatiques et sanguines, les vaso-vasorum ne manquent pas pour permettre aux germes infectieux de se diffuser.

CHEVAL insiste sur l'importance des voies de communication qui

permettent, en supposant qu'une ligature ait été placée sur la jugulaire l'infection facile du sang, et par suite le transport des germes infectieux. Après avoir été ligaturiste convaincu, il a renoncé complètement aujourd'hui à cette pratique.

HENNEBERT (Bruxelles) croit qu'il ne faut pas être trop absolu. Dans certains cas la ligature s'impose. Il cite à l'appui de son opinion un cas de phlegmon ligneux du cou qui aurait pu être évité si la jugulaire avait été ligaturée.

CAPART fils (Bruxelles), se plaçant au point de vue anatomique, signale l'importance du sinus latéral droit, ce qui semble expliquer la prédominance des affections sinusiennes de ce côté.

TRÉPORT (Anvers). — **Vaste épithélioma de la région auriculaire opéré avec succès chez un vieillard de 80 ans.** — L'auteur a enlevé par une intervention très rapide, sous chloroforme, toute la région auriculaire droite pour un épithélioma qui provoquait des douleurs intolérables chez un vieillard de 80 ans. La plaie s'est cicatrisée régulièrement, grâce à des pansements très fréquents évitant toute cause d'irritation cutanée. Après six semaines de soins, la cicatrisation complète est bien près d'être achevée et les douleurs ont disparu. L'auteur est prêt à curetter ou à électrolyser les noyaux de récidive qui pourraient survenir ; car vu la grande étendue du néoplasme, celle-ci est à redouter. L'âge du malade n'est donc pas une contre-indication opératoire.

CAPART fils (Bruxelles). — **Un cas de guérison fonctionnelle après une cure radicale d'otorrhée.** — Une jeune fille d'une vingtaine d'années, atteinte d'otorrhée chronique, fut traitée médicalement, mais sans résultat. L'auteur pratiqua la cure radicale ; une guérison rapide s'ensuivit avec formation d'un pseudo-tympan et amélioration considérable de la faculté auditive.

CAPART fils. — **Un cas de laryngectomie guéri depuis trois ans.** — Ce malade a déjà fait l'objet d'une communication à la Société de laryngologie. L'auteur a simplement tenu à le remontrer afin que l'on puisse constater sa guérison.

BUYS (Bruxelles). — **Laryngectomie pour épithélioma, remontant à quinze mois. Pas de récidive.** — Un homme de 50 ans était atteint d'épithélioma de la moitié du larynx sans participation ganglionnaire. L'auteur fit l'enlèvement du larynx après trachéotomie. Il suture immédiatement la plaie opératoire. Buys

présente le malade qui n'offre pas la moindre trace de récidive quinze mois après l'opération; son état de santé est excellent.

Huet, chef du service dentaire à l'hôpital d'Ixelles (Bruxelles) a bien voulu s'occuper de la prothèse laryngée. Il donne à ce propos quelques détails sur l'historique du sujet et rappelle que le larynx artificiel a été imaginé par Gussenbauer et modifié par Bruns et Wolff; il cite le dispositif ingénieux préconisé par Gluck; celui de A. Martin, et enfin l'appareil de Delair qui, sans atteindre la perfection d'un larynx naturel, résume ce que l'on a fait de mieux jusqu'ici.

Ce larynx artificiel est composé de trois parties : une boîte à clapet trachéal, une pièce palatine creuse et une glotte artificielle qui produit les sons à l'aide d'un appeau de caoutchouc tendu sur un tuteur en forme de croissant.

Huet montre l'appareil qu'il a fabriqué pour le cas présent en le modifiant dans certains détails, notamment en substituant une anche métallique à l'appeau de caoutchouc.

Cette modification a surtout pour but de rendre la phonation plus aisée puisque l'anche métallique, pour entrer en vibration, nécessite une pression d'air moindre que l'appeau de Delair.

Puis il place l'appareil au malade et fait ressortir combien doit être longue et patiente l'éducation phonétique du malade qui souvent se rebute en constatant les imperfections du larynx artificiel et la difficulté qu'il y a à s'en servir convenablement.

Le patient prononce ensuite quelques phrases démontrant ainsi la possibilité de se faire comprendre par l'entourage.

Ce résultat, tout imparfait qu'il soit, est cependant encourageant.

Buys. — **Sinusite maxillaire caséeuse, guérison par élimination d'un séquestre de la paroi externe du méat inférieur.** — Femme de 30 ans, atteinte de sinusite maxillaire droite depuis plusieurs années. Ponction et lavage par le méat inférieur. Quatre jours plus tard, élimination spontanée d'un séquestre de la paroi ponctionnée. Guérison avec persistance d'une large communication entre le nez et le sinus.

Buys. — **Paralysie faciale due à la lésion du nerf dans la partie inférieure du canal de Fallope. Guérison.** — Il s'agit d'une malade atteinte d'otorrhée chronique avec labyrinthisme et présentant une paralysie des deux branches du facial du même côté.

La cure radicale fit disparaître les accès de labyrinthisme mais

n'influença pas la paralysie. Plus tard, Buys découvrit une fistule au fond du conduit. Un stylet introduit jusqu'au fond de cette fistule provoquait des contractions du nerf. L'auteur élargit le trajet, le curetta, fit des pansements fréquents et la guérison s'en suivit.

Jauquet (Bruxelles). — **Deux cas de polypes naso-pharyngiens.** — L'auteur présente deux malades opérés dans le service de Delsaux pour polype naso-pharyngien.

Les méthodes suivies furent totalement différentes. Le premier fut enlevé par la voie transfaciale ; le second par les voies naturellès. A cette occasion Jauquet passe rapidement en revue les différents procédés et les circonstances qui justifient l'emploi de l'une ou l'autre de ces méthodes. Il rappelle incidemment l'ancienneté relative des procédés transfaciaux qui passent, aux yeux de beaucoup de rhino-chirurgiens, pour avoir été imaginés tout récemment.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 9 février 1906 (1).

Président : Fraenkel.

Secrétaire : Rosenberg.

Kuttner. — **A propos du cas de tuberculose du larynx discuté dans la dernière séance.** Après avoir pris des informations sur le cas discuté à la dernière séance, à la suite de la communication de Lennhoff, Kuttner doit admettre que ce cas a eu une évolution moins fâcheuse que d'habitude. La tuberculose du larynx subit toujours une aggravation du fait de la grossesse, mais, malgré tout, dans le cas de Lennhoff, des lésions, petites au début, sont devenues graves à la fin de la grossesse, et surtout après l'accouchement.

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après le *Berliner klinische Wochensch.*, n° 39, 1906.

Jacob. — Fracture récente des deux os nasaux. — Un malade a reçu un coup de poing sur le nez, allant d'en arrière à droite vers le côté gauche. Le lendemain, Jacob peut constater une suffusion sanguine dans la région infra-orbitale des deux côtés et, à la racine du nez, une déviation du dos du nez avec convexité à gauche et la pointe du nez à droite.

La tuméfaction était très grande. On pouvait admettre la fracture, mais il était difficile de dire si l'os nasal était fracturé, si le cartilage triangulaire était séparé du maxillaire, si ces lésions étaient uni ou bilatérales, si le septum était lésé et s'il n'y avait pas combinaison de ces lésions.

Après avoir massé les parties, Jacob a pu constater que les deux os nasaux étaient fracturés dans leur partie inférieure, avec déviation de droite à gauche. A droite, on trouve, en conséquence, une dépression et, à gauche, une élévation. Là, un petit col est en formation. Une petite crépitation au-dessous du col permet d'admettre que le cartilage triangulaire est séparé. Un Röntganogramme confirme ces lésions.

Lennhoff. — Lichen de la muqueuse buccale. — Présentation des photographies des cas décrits dans la dernière séance.

Discussion.

Meyer dit que les reproductions montrées ne correspondent pas aux cas présentés à la deuxième séance, et qu'elles ne ressemblent pas au lichen (ruber).

Böyer a vu les malades présentés par Lennhoff. Chez la jeune fille, il a fait le diagnostic de syphilis. En faveur du lichen est caractéristique la formation de petits nodules. Quand les nodules manquent, le diagnostic est douteux.

Lennhoff. — Les affections de la muqueuse buccale sont toujours difficiles à diagnostiquer. Ce qui l'a décidé à admettre le diagnostic de lichen dans le cas de la jeune fille, où le diagnostic de syphilis paraissait probable, étaient l'existence de lésions formant mailles, l'apparition de quelques points élevés et l'effet de la médication arsenicale. Ni les ganglions existants, ni les douleurs dans la bouche dont se plaint la malade ne sont caractéristiques.

Fraenkel. — Présentation d'une gravure montrant une pharyngoscopie au XVIIIe siècle, d'après un tableau e P. Longhi.

KUTTNER. — **Remarques critiques sur la question du récurrent.** — Le travail de Grossmann, paru en 1897, dans lequel il essaye d'exhumer la théorie de Wagner, a été le point de départ de nouvelles recherches. A ces recherches, nous devons de distinguer la position cadavérique de la corde chez le cadavre, et la soi-disant position cadavérique dans la paralysie du récurrent. Grâce à ces recherches, nous savons que dans la respiration, tant forcée que normale, le posticus agit en synergie avec tous les adducteurs. Nous savons que l'exclusion du posticus chez l'animal n'occasionne pas la position médiane de la corde, et que l'exclusion de deux postici n'amène pas la suffocation de l'animal. Enfin, les expériences de Frese nous ont montré que les agents chimiques, que le refroidissement lent du récurrent, etc., attaquent en premier les fibres se rendant à l'abducteur.

La théorie de Semon a été fixée par Brœckaert dans les formules suivantes :

1° Dans la paralysie isolée du posticus l'abduction est limitée ;

2° Dans la deuxième période de la paralysie, la corde est fixée près ou dans la ligne médiane. Cette phase correspond à une affection du posticus compliquée de contractures paralytiques des adducteurs ;

3° La position cadavérique correspond à la paralysie totale du récurrent.

Ces phases peuvent être constatées dans les paralysies centrales et périphériques du récurrent. Brœckaert les admet tant qu'il s'agit de paralysie centrale, et, sur ce point, l'affirmation de Brœckaert n'a pas encore trouvé de contradiction.

Dans la paralysie périphérique du récurrent, Brœckaert admet également la troisième phase, c'est-à-dire la position cadavérique de la corde est due à la paralysie du récurrent.

Seules la première et la deuxième phase de la paralysie périphérique du récurrent sont constatées par Brœckaert, mais il est vrai que ce sont précisément ces deux phases là qui forment pour ainsi dire l'âme de la loi de Sémon.

Les expérimentateurs ont cherché à prouver que les fibres du récurrent innervant l'abducteur ont une caducité plus grande que celles des adducteurs. On a prouvé que, chez l'animal, l'excitabilité électrique de l'abducteur s'éteint avant celle des adducteurs, et on a fait les mêmes expériences pour les autres excitants. Brœckaert admet la réalité de toutes ces expériences, seulement, il donne une autre explication, et les lecteurs des *Annales* savent, par le travail paru, que les adducteurs l'emportent sur les abduc-

teurs, parce que *numériquement*, ils sont les plus puissants, c'est-à-dire que les adducteurs ont plus de fibres musculaires que les abducteurs, partant plus de fibres nerveuses.

Cette conception paraît séduisante, mais son grand défaut est de ne pas tenir compte de la tonicité nerveuse (stimulus), d'après laquelle le groupe des ouvreurs l'emporte partout ailleurs sur le groupe des fermeurs. Pour rechercher à quel point le « stimulus » joue un rôle, Kuttner a reproduit l'expérience de Fraenkel et Gad, sur la réfrigération du nerf. Quand, par la réfrigération du récurrent chez un animal, l'abduction a commencé à être limitée, Kuttner a sectionné la trachée de l'animal et a bouché le bout inférieur de la trachée ; la conséquence a été une forte dyspnée. Normalement, l'animal aurait dû faire des inspirations forcées et mettre les cordes à chaque inspiration dans l'abduction maxima. Chez l'animal en question, la corde saine l'a fait, l'autre corde dont le récurrent a été réfrigéré a essayé de le faire, mais, tandis que dans chaque expiration elle allait vigoureusement contre la ligne médiane, dans l'inspiration elle ne dépassait pas la position cadavérique.

Malgré l'augmentation du « stimulus » donné aux abducteurs, l'abduction était diminuée et l'adduction est restée normale.

Kuttner croit avoir prouvé, par cette expérience, que les fibres se rendant à l'abducteur sont moins résistantes contre la réfrigération que celles innervant les adducteurs.

Quant à l'anatomie pathologique, Kuttner dit qu'il est difficile d'en faire un résumé. Il renvoie à son article publié dans les *Archives* de Fraenkel, tome XVIII, n° 1 (analysé dans les *Annales*), pour plus amples détails. Après avoir lu tous les travaux sur cette question, et après avoir examiné plusieurs centaines de préparations faites sur des larynx de l'homme, du cobaye et surtout d'une série suivie de douze chiens tués entre le dix-huitième et le cent-cinquantième jour après section du récurrent). Kuttner est arrivé à la conclusion que l'examen microscopique ne permet aucun jugement sur la valeur fonctionnelle intra-vitam du muscle examiné. Rien ne différencie un muscle paralysé, surtout au début de la paralysie, d'un muscle normal. Ce qui fait le critérium de l'atrophie du muscle peut se rencontrer également dans le muscle normal. Mais, malgré toutes les difficultés, des observateurs consciencieux ont publié un certain nombre d'exemples où l'atrophie du posticus a été nettement établie. Brœckaert lui-même a dû reconnaître cette atrophie dans 3 cas examinés sous sa surveillance.

Pour expliquer les constatations anatomiques indubitables, Brœckaert avance hypothèse sur hypothèse. Sa dernière hypothèse, l'unique à discuter, dit Kuttner, parce que Brœckaert a lui-même délaissé les autres, est basée sur un cas exceptionnel ; or, si elle ne prouve rien pour Sémon, elle ne prouve certainement rien contre. Mais ce qu'on ne peut pas admettre, c'est la conclusion que tire Brœckaert de ce cas exceptionnel et la généralisation. Son cas était le suivant :

Un carcinome de l'œsophage a occasionné une paralysie du récurrent. A l'autopsie, on a vu qu'une branche de l'artère thyroïdienne postérieure se rendant au posticus était englobée dans la masse de la tumeur. De plus, la paroi était épaissie, athéromateuse. Brœckaert conclut que la mauvaise circulation du posticus était la cause de son atrophie, et il dit que dans les autres cas l'artère nourricière du posticus doit également être lésée par la même cause qui occasionne la paralysie du récurrent, en prenant sa voie par le sympathique. Kuttner dit que toutes ces hypothèses de Brœckaert sont absolument insoutenables. Il déclare de même comme un « non sens » l'affirmation de Brœckaert que la théorie de Sémon sera prouvée seulement quand on trouvera un cas où seul le posticus est atrophié et les autres muscles sont sains. Sémon n'a jamais dit cela.

D'après Sémon, les fibres des adducteurs sont physiologiquement intactes, mais non pas anatomiquement, quand déjà les fibres du posticus sont physiologiquement et anatomiquement lésées.

Il faut admettre que le nombre des cas publiés où l'on voit une atrophie très nette du posticus n'est pas très grand, mais il constitue un appui solide pour la théorie de Sémon.

En tirant les conclusions de toutes ces remarques, Kuttner constate que tout n'est pas clair dans la question du récurrent, mais que la loi de Sémon peut être considérée comme prouvée.

Séance du 23 février 1906.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

GRAEFFNER. — **Deux cas de coloration pathologique des voies respiratoires supérieures.** — Un cas d'argyrose. Un tabétique a pris du nitrate d'argent pendant trois ans. A part une parésie du posticus droit, on trouve des gencives violettes, un palais gris acier et une muqueuse du larynx gris rougeâtre ; 2° chez un malade atteint de polycythémie avec tumeur de la rate et cyanose, les cordes sont tantôt colorées en rouge carmin, tantôt en bleu rougeâtre.

GRABOWER. — **Paralysie du récurrent.** — Un malade de 17 ans, porteur d'un grand goitre, a été opéré en septembre 1905. Pendant l'opération, le récurrent droit a été sectionné. A la suite, le malade a été pris de dyspnée, mais a gardé la voix claire et distincte quatre jours après l'accident. A partir du cinquième jour, la dyspnée a disparu et la voix était un peu rauque. Grabower a vu le malade le septième jour. A ce moment, la corde droite était fixée en position cadavérique, la corde gauche faisait des mouvements réguliers et ne dépassait, au début, que très peu, pendant la phonation, la ligne médiane. Dans les examens suivants, la corde gauche se rapprochait de plus en plus de la corde droite, et aujourd'hui, pendant la phonation, la glotte ne laisse qu'une petite fente. La voix n'est que très peu rauque. La sensibilité du larynx est normale. Ce cas donne des résultats analogues à ceux qu'on observe dans l'expérience sur l'animal. On voit nettement que pendant les quatre premiers jours, le muscle crico-thyroïdien a essayé de remplacer le muscle vocal (la corde) et l'a empêché de retomber dans la position cadavérique jusqu'à ce que lui-même ait perdu son pouvoir de tendre la corde.

Séance du 23 mars 1906.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : GRABOWER.

FRIEDMANN. — **Tumeur du pharynx.** — Un malade de 29 ans est atteint de neurofibromatose. Depuis vingt ans, il porte une tumeur grosse comme un œuf de poule, siégeant sur le palais et l'apophyse alvéolaire du maxillaire gauche. D'autres petites tumeurs de même consistance partout éparses sur le corps.

HEYMANN. — **Remarques sur l'historique de la laryngoscopie.** — Levret a découvert une sorte de spéculum de la bouche, une plaque polie avec laquelle il examinait le pharynx. L'article est publié dans le *Mercure de France*, 1743, p. 2434, et reproduit plus tard dans son *Traité sur l'art des accouchements*. Nouvelle description de l'appareil dans son *Traité sur les polypes* (Paris, 1749). Heymann présente un manuscrit de Turck contenant le plan de sa « clinique des maladies du larynx ».

SENATOR. — **Tuberculose de la cavité buccale.** — Le cas présenté par Senator, en juin, concernant une femme atteinte de tuberculose primaire de la cavité buccale, a été pris d'abord pour un cas de tuberculose par ingestion. Or, examiné au laboratoire du « Gesundheitsamt », on a reconnu qu'il s'agissait du bacille type humain et non pas type bovin. Il peut, en conséquence, s'agir d'infection par inhalations conformément aux anciennes théories.

Discussion.

FRAENKEL. — **Le cas de Senator est important, parce qu'il prouve que toute tuberculose de la bouche n'est pas forcément une tuberculose** par ingestion, tuberculose acquise par les aliments. De même, on peut dire que la tuberculose intestinale n'est pas forcément une tuberculose par ingestion.

FRAENKEL. — **Sur la priorité de la découverte de la laryngos-**

copie. — Longue discussion pour savoir qui, de Czermack ou de Turk est le véritable inventeur du laryngoscope. Prennent part à la discussion Haymann, Kohler (avocat) qui, au point de vue du droit régissant les brevets, croit que Turck est le véritable inventeur de la méthode laryngoscopique, parce que c'est lui qui l'a vulgarisée dans la pratique ; Czermack a modifié la méthode en introduisant la lumière artificielle ; il aurait pu prendre un brevet, mais seulement avec l'assentiment de Turck. Mankiewicz résume d'une façon humoristique la discussion en disant : Heymann s'est adjoint un avocat pour plaider pour Turck, Sémon s'appuie sur le philosophe Schopenhauer pour assurer le triomphe de Garcia et Fraenkel, comme praticien, attribue tous les honneurs à Czermack qui a introduit la lumière artificielle. Lui-même est amené à considérer Babington (1829) comme le véritable inventeur de la méthode.

KUTTNER. — **Remarques critiques sur la paralysie du récurrent.**

Discussion.

GRABOWER insiste sur le rôle du thyro-cricoïdien en se basant sur le cas présenté à la dernière séance.

Quant à la vulnérabilité du posticus, il est également de l'avis de Brœckaert que les fibres se rendant aux adducteurs sont autant lésées que celles de l'abducteur, mais que l'effet de la paralysie se montre plus vite dans l'abducteur que dans les adducteurs. Les expériences de Brœckaert sont évidemment entachées de fautes et n'ont aucune influence sur la question du posticus. Il faut admettre, avec Brœckaert, que le posticus est moins régulièrement et moins richement pourvu de nerfs que les adducteurs. C'est là la raison de la plus grande vulnérabilité du posticus. Les expériences faites avec les différents toxiques, les irritants thermiques et chimiques, etc., ne peuvent pas prouver la plus grande vulnérabilité des fibres nerveuses se rendant au posticus. Une analogie expliquera mieux que toutes les hypothèses la supériorité des adducteurs sur les abducteurs ; partout dans l'organisme les extenseurs sont plus tôt paralysés que les fléchisseurs (saturnisme). Il ne faut donc pas admettre des conditions différentes pour les muscles du larynx. Toutes les expériences jusqu'ici publiées nous inciteront à l'avenir à examiner les points suivants. 1° Etat du sympathique et des vaisseaux ; 2° état des nerfs inner-

vant les muscles du larynx ; 3° état des nerfs sensibles ; 4° état du pneumo-gastrique au-dessous du récurrent ; 5° état des muscles du larynx examinés en des coupes par séries.

FRAENKEL. — Les expériences de Cederbaum ont démontré que, si l'on comprime un nerf, le muscle correspondant perd d'abord les fonctions qu'il exécute généralement par voie de réflexe ; or, le posticus n'est pas un muscle vocal, mais un muscle respiratoire. On pourrait donc admettre que cette fonction spéciale du posticus se laisse comparer aux mouvements réflexes des muscles périphériques et, de cette façon, on pourrait expliquer la position spéciale du posticus qui est excité par le centre respiratoire.

GRABOWER dit qu'il saisit bien en principe l'analogie de Fraenkel, mais dans la paralysie du récurrent on trouve, généralement normales, la sensibilité et la motilité réflexe de la muqueuse du larynx, à moins qu'il s'agisse d'une affection concomitante du laryngé supérieur.

Séance du 4 mai 1906.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

ROSENBERG. — **Tumeur maligne du nez.** — Une femme de 48 ans se plaint, depuis Noël 1905, d'épiphora et d'obstruction nasale. Exophtalmie à gauche, tuméfaction résistante au-dessus de l'angle interne de l'œil. A la rhinoscopie, dans la fosse nasale gauche, une tumeur gris noirâtre se limitant contre le septum, prenant naissance probablement dans le cornet moyen, saignant facilement.

MAX SCHREIER. — **La parotidite des souffleurs de verre.** — Il s'agit d'une pneumatocèle de la glande parotide chez un souffleur de verre, aussitôt qu'il fait le mouvement de souffler. L'air entre, par ce mouvement, par le canal de Sténon, dans la parotide. On trouve cette pneumatocèle chez 8 °/o des souffleurs de verre. A l'examen, on constate que le canal de Sténon est très élargi, une sonde entre, chez un des malades présentés, à plus de $0^{m},04$, chez

un autre, à plus de $0^m,05$. L'auteur présente trois malades ; chez l'un, l'affection a paru au bout de quelques semaines de travail. La pneumatocèle peut se montrer d'un ou de deux côtés, persister assez longtemps. Quelquefois les malades sont obligés de s'exprimer leur pneumatocèle toutes les deux ou trois minutes pendant les repas.

SCHOETZ. — **Corps étranger pris pour tumeur.** — Un homme de 38 ans fait, le 13 novembre, un furoncle de la lèvre supérieure, et est opéré quatre jours plus tard. Le 23 novembre, la température monte à 39,9, il se plaint de douleurs dans la poitrine, de toux. Il crache la valeur de deux cuillerées de sang et rend par les selles du sang en abondance. L'examen du poumon et des crachats est négatif. Quelques jours plus tard, il se plaint de douleurs dans le larynx, de raucité de la voix se transformant en peu de temps en aphonie complète. Comme cause de l'aphonie, on voit un polype rougeâtre, grosseur de fève, implanté au-dessous de l'épiglotte, appuyant sur la corde vocale droite, paraissant mobile. L'état général du malade s'étant amélioré. Schœtz a enlevé, trois semaines plus tard, la tumeur du larynx. Examen histologique : fibrome riche en cellules. Huit jours plus tard, il a fallu enlever une récidive grosse comme un petit pois, et le 10 février, une troisième application de l'anse froide a permis de retirer un morceau d'os. Depuis, le malade est resté guéri.

Comment expliquer ce cas ? Le malade a eu un furoncle, ce furoncle occasionna des thromboses et des embolies. Aussi au début, en présence des phénomènes thoraciques, on a cru à une embolie. Aujourd'hui, *post hoc*, une autre explication s'impose. Le malade a été narcotisé. Lui a-t-on donné, après la narcose, un peu de bouillon contenant malheureusement ce fragment d'os, le malade a pu aspirer ce morceau d'os sans trop de réaction immédiate. Quelques jours plus tard, il a fait un foyer de pneumonie avec fièvre et hémoptysie. A l'expectoration, l'os a été mobilisé et a été lancé dans le larynx où il a pu provoquer la tumeur.

KUTTNER. — **Remarques critiques sur la paralysie du récurrent.**

Discussion.

KATZENSTEIN. — En se basant sur les expériences de Chauveau, et surtout de Grützner et sur les siennes propres, faites en commun avec Dubois-Raymond. Katzenstein modifie la loi de Sémon

en disant que les lésions *expérimentales* du récurrent frappent en même temps les adducteurs et les abducteurs.

Mais, en clinique, on observe que le posticus est le premier lésé. Il est impossible d'expliquer cette tendance du posticus à la paralysie. L'expérience de Kuttner ne suffit pas. Kuttner ne tient pas compte, dans son expérience, que le laryngé supérieur existe et que des excitations sensibles peuvent influencer la corde. Il ne tient pas compte non plus des expériences de Katzenstein et Dubois, d'après lesquelles, même après section des quatre nerfs laryngés, les cordes peuvent avoir des mouvements.

Grabower. — Les expériences de Katzenstein et de Dubois-Raymond ne sont pas indiscutables. L'expérience de Kuttner, au contraire, lui paraît incontestable.

Katzenstein s'élève contre la critique de Grabower et prétend que les expériences de contrôle n'ont pas été bien faites.

Kuttner (terminant). — Les examens histologiques de Brœckaert ont été répétés par Kuttner. Il n'a jamais pu se convaincre qu'il y ait eu une différence après la section du récurrent seul, ou celle du récurrent avec le sympathique. Quant à Grabower, il admet parfaitement avec lui que le muscle crico-thyroïdien peut maintenir, pendant deux à trois jours, la corde en tension; mais cela n'a aucun rapport avec la loi de Sémon-Rosenbach, surtout depuis que la théorie de Grossmann et Wagner a été reconnue comme fausse. L'opinion de Grabower, que le posticus est plus vulnérable parce qu'il contient moins de fibres, renferme une hypothèse. Malgré toutes les oppositions, surtout celle de Brœckaert, la loi de Sémon, quoique non expliquée dans ces dernières raisons, persiste toujours.

SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE MUNICH [1]

Séance du 12 mars 1906.

Président : HAUG.

Secrétaire : HECHT et BOEHM.

HAUG. — **Sur l'emploi de la novocaïne dans les opérations de l'oreille et dans le traitement de l'otite moyenne aiguë.** — Haug a opéré quatre cas (otématome, carcinome, fibrome du pavillon et un cas d'abcès sous-périostal de la mastoïde) en se servant de la novocaïne en injections sous-cutanées. L'intervention a été indolore. De même, bons résultats dans plusieurs petites interventions contre l'otite moyenne chronique (solution de 10 à 20 %). L'addition d'adrénaline augmente le pouvoir anesthésiant. Pour la paracentèse, Haug fait d'abord une instillation de glycérine phéniquée à 10 %, que le malade garde plus d'un quart d'heure, ensuite, il instille quelques gouttes d'une solution de novocaïne à 20 % ; au bout d'une demi-heure, insensibilité presque complète. Dans trois cas, Haug a pu ouvrir la mastoïde sous anesthésie locale à la novocaïne. Dans un de ces cas concernant une femme de 68 ans, atteinte de cardiopathie et d'ancienne pleurésie, il y a eu une légère intoxication, due probablement à une dose exagérée. Pour diminuer la douleur dans les otites catarrhales, Haug a essayé avec bons résultats la novocaïne alliée à la glycérine phéniquée. La durée des otites ainsi traitées a été sensiblement raccourcie. Haug parle de juguler (couper) les otites aiguës par la novocaïne.

Discussion.

Stemfeld demande de quelle façon on se sert de la solution novocaïne-adrénaline dans l'opération des adénoïdes et si on peut l'utiliser chez des enfants de 2 à 3 ans.

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch. f. Ohrenh.*; n° 8, 1906.

Hecht demande si après l'emploi de l'adrénaline il n'y a pas d'hémorrhagie secondaire et si les adultes sont réellement insensibilisés par l'adrénaline-novocaïne pour l'opération des adénoïdes.

HERZOG. — **Sinusite maxillaire opérée d'après Berker.** — Deux cas datent de plusieurs années guéris rapidement par le procédé de Berker.

HOFFMANN. — **Epithéliome de la cloison du nez chez une femme de 62 ans.** — Une tumeur du septum a été reconnue en 1901 comme étant un épithéliome. La malade a été plusieurs fois opérée. La dernière fois en 1906.

HOFFMANN. — **Corps étranger de la bronche chez un enfant de 18 mois.** — L'enfant avale en octobre 1905 un petit crochet. Depuis ce temps, dyspnée, pneumonie en janvier, guérison en février. L'enfant a gardé une respiration stridoreuse avec raucité de la voix. Aux rayons X, on voit le corps étranger dans la bronche droite. Extraction par bronchoscopie inférieure.

BOEHM. — a) **Tuberculose du larynx.** — Quand le malade s'est présenté la première fois à Boehm, le larynx était tellement œdématié qu'il existait à peine un pertuis pour la respiration. En même temps le malade était porteur d'un épanchement pleural. Par le repos au lit et l'aspirine, il y a eu une telle amélioration que le malade a pu pendant un an vaquer à ses occupations de garçon de café.

b) **Gomme du maxillaire supérieure en nécrose.** — Une opération tentée a dû être interrompue, la nécrose ayant envahi très longuement l'os maxillaire. Iodure de potassium. Le malade est en voie d'amélioration.

STERNFELD. — **Démonstration d'une pierre salivaire de grosseur d'une fève, chez une femme de 50 ans.** — La pierre a été expulsée spontanément.

Xe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

(Milan, septembre 1906.)

G. Prota (Naples). — **Sur les altérations du centre de Krause à la suite de la destruction d'une corde vocale.** — L'auteur a fait ses expériences chez le chien : celui-ci étant chloroformé et trachéotomisé subissait la laryngofissure, puis l'ablation de la corde droite, au bout de quelques mois l'animal était sacrifié.

L'examen histologique des zones cortico-phonatoires donnait les résultats suivants : Dans les préparations obtenues par la méthode de Nissl, on constatait la disparition de l'aspect tigré du protoplasma des cellules, la formation de vacuoles ou la destruction complète du protoplasma en certains points, tandis qu'en d'autres le protoplasma se rétractait vers un pôle de la cellule. Dans les préparations selon la méthode de Golgi, on observait de nombreuses varicosités des prolongements dont certains étaient fragmentés et discontinus sur de longs espaces.

Ces lésions s'observaient dans les deux zones cortico-phonatoires au même degré, aussi bien du côté opéré (côté droit) que du côté gauche. La destruction d'une seule corde vocale provoque donc des lésions dans les deux centres cortico-phonatoires : ainsi se trouve démontré clairement que l'action de chaque centre de Krause est bilatérale, se fait sentir sur les deux lèvres de la glotte ; les voies de transmission sont donc croisées et directes sans prédominances des unes sur les autres.

G. Gavello (Turin). — **Le traitement chirurgical des sinusites maxillaires chroniques sur la voie nasale.** — La méthode de Réthi et de Claoué lui a donné d'excellents résultats dans 4 cas. Il rappelle les avantages de ce traitement et la simplification de technique opératoire obtenue par l'emploi du trocart dilatateur de son invention.

J. Dionisio (Turin). — **Sur la photo et la radiothérapie dans l'ozène, dans la suppuration auriculaire chronique et les pharyngites chroniques.** — Résultats obtenus dans 54 cas d'ozène

et 48 otites moyennes suppurées chroniques. La pharyngite sèche et la pharyngite catarrhale chronique sont justifiables du même traitement.

G. Strazza (Gênes). — **Sur l'extraction d'un corps étranger (pince laryngienne) du canal trachéo-bronchique chez un enfant.** — Dans des tentatives d'extraction par la bouche de papillomes multiples du larynx chez un enfant de 5 ans, la pince (modèle Schrotter) se détache du fil conducteur et tombe dans la trachée. Ni toux, ni suffocation. Au bout d'un mois, rejet par la bouche d'un des mors de la pince. La radioscopie précise la présence et le siège de l'autre mors, dont l'extrémité inférieure reposait dans la bronche droite tandis que son extrémité supérieure s'appuyait sur la partie gauche de la trachée.

La trachéoscopie par le procédé de Killian ayant échoué par suite d'une décharge électrique malencontreuse, on doit intuber l'enfant en raison d'une menace d'asphyxie et pratiquer une trachéotomie basse qui permit d'extraire facilement le corps étranger.

Strazza discute les indications, les avantages et les difficultés de la trachéo-bronchoscopie.

G. Strazza. — **Sur un cas de sténose sous-glottique grave due à une infiltration amyloïde.** — Cette sténose s'était développée lentement à la suite de l'influenza chez un homme de 50 ans. Le jour de l'entrée à l'hôpital, on constata une infiltration diffuse de la région sous-glottique et, le péril ne semblant pas imminent, on remit au lendemain la trachéotomie. Mort pendant la nuit à l'insu du personnel de garde.

A l'autopsie, hyperplasie énorme et uniforme de la région cricoïdienne et des premiers anneaux de la trachée ; signes de trachéite et de bronchite. Au niveau de la sténose les parties profondes de la muqueuse étaient le siège d'une infiltration amyloïde constituant la plus grande partie de la tuméfaction.

Poli (Gênes). — **Contribution à l'étude histo-pathologique des papillomes nasaux.** — Les néoplasmes ont leurs analogies dans les productions fibro-épithéliales d'autres régions (vessie, rectum) dont la nature et la signification est encore discutée par les cliniciens et les anatomo-pathologistes.

L'auteur en rappelle les caractères histologiques et cliniques.

Il rapporte deux cas personnels : dans l'un le papillome con-

serva son caractère histologique typique et sa nature clinique bénigne ; dans l'autre, après une période de bénignité apparente, la tumeur prit peu à peu les caractères] typiques du carcinome. Sans exclure la possibilité de la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, Poli admet que dans les cas semblables, le néoplasme porte dès le début en lui les germes d'une néoformation atypique. Il croit que la plupart des carcinomes du nez passent par le stade de papillomes.

POLI (Gênes). — **Paralysie de l'abducens d'origine otitique.** — Rejetant les théories toxiques et celle du réflexe, émises pour expliquer la pathogénie de cet accident, Poli adopte, comme seule acceptable, l'idée d'une lésion par propagation directe ou indirecte du foyer auriculaire au trajet intracranien de l'abducens : le tronc nerveux serait touché soit au niveau de son passage sous le ligament pétrosphénoïdal, soit dans le sinus caverneux par l'intermédiaire d'une participation du sinus veineux.

SANTI PUSATERI (Turin). — **Recherches expérimentales sur la façon de se comporter des corps étrangers dans les cavités nasales.** A. *Corps étrangers stériles (morceaux d'éponges et boulettes de coton) chez le chien et le lapin.* — La pression qu'ils exercent peut produire une atrophie du tissu osseux, une nécrose du squelette, une déviation du septum cartilagineux vers la fosse nasale opposée, ou même la nécrose et la perforation de la cloison. L'inflammation de la muqueuse nasale, peut aboutir dès le troisième mois à un épaississement avec formation de kystes par rétention. Dès les premiers jours une suppuration peut s'établir ; mais à partir du troisième mois, elle tend à diminuer ; les sécrétions, stagnant dans la fosse nasale, tendent alors à donner à l'affection les allures de la rhinite caséeuse. Ces sécrétions ont parfois tendance à s'ouvrir un chemin vers l'extérieur au travers de régions moins résistantes des parois ; par exemple il peut se faire une infection ascendante de la cavité cranienne, au travers des trous de la lame criblée de l'ethmoïde. Enfin le corps étranger peut être englobé dans du tissus de nouvelle formation, comme les corps étrangers qui s'enkystent dans les parenchymes.

B. *Corps étrangers infectés.* — Les corps étrangers porteurs de staphylocoques pyogènes virulents favorisent l'infection locale par ces agents pathogènes et parfois l'infection générale et la mort. Cela montre que certaines infections considérées comme cryptogénétiques peuvent être d'origine nasale.

Le bacille de la diphtérie que la muqueuse ait été ou non

blessée par le corps étranger à son entrée dans le nez, peut en quatre jours provoquer la formation d'une fausse membrane. Le bacille tuberculeux virulent provoque presque constamment une lésion locale spécifique : en quarante jours l'infection tuberculeuse atteint les ganglions cervicaux.

EGIDI (Rome). — **Cas de corps étrangers pharyngo-laryngés.** — *1er Cas.* Corps étranger avalé en prenant un potage ; tentatives d'extraction vaines ; le cinquième jour tuméfaction du pharynx, dysphagie intense, fièvre de 40° ; puis tuméfaction latérale droite du cou qui bientôt envahit l'épaule et la partie supérieure de la poitrine. Une incision le long du sterno-mastoïdien conduit sur une poche purulente profonde de laquelle on extrait un fragment d'os. Persistance de la fièvre, frissons, mort par septicémie.

2e Cas. — Tout à fait analogue au précédent, si ce n'est qu'il s'agissait d'une aiguille de trois centimètres de longueur et que l'ouverture de l'abcès cervical fut suivie de la guérison.

3e Cas. — Corps étranger psychique, avec dysphagie et accès de suffocation. Guérison par simulation d'extraction d'une arête semblable à celle que la malade avait avalée.

EGIDI (Rome). **Chute de tubes dans la trachée et dans les bronches.** — *1er Cas.* Enfant de 6 ans ; après guérison de la sténose laryngée, troubles pleuro-pulmonaires et empyème ; opération, fistule thoracique consécutive, après résection des deux côtés, on trouve dans la plèvre un tube d'ébonite dont la pointe faisait saillie dans la plèvre,dont le pavillon était fixé dans le poumon ; guérison.

2e Cas. — Même histoire, mais mort par septicémie après extraction du tube.

3e Cas. — Egidi montre un tube d'enfant de deux ou trois ans qui fut trouvé dans la plèvre d'un enfant de 10 ans, trachéotomisé depuis quatre ans et ayant subi une résection costale pour fistule thoracique consécutive à un empyème. Comme l'intubation avait précédé la trachéotomie, ce tube était resté dans le poumon quatre ans au moins.

Ces chutes de tubes dans la trachée sont toujours dues à l'emploi d'un tube trop petit.

CITELLI (Catane). — **Un autre cas de paralysie de l'abducens d'origine otitique.** — Dans ce cas la paralysie s'améliora subitement après l'ouverture d'un abcès extra-dural de la fosse céré-

brale moyenne; d'autre part le liquide retiré par ponction lombaire était parfaitement normal et stérile. Ces faits viennent à l'appui de l'opinion, déjà émise par l'auteur, que dans la majorité des cas, la paralysie de la sixième paire est due à une ostéite avec pachyméningite de la pointe du rocher ou de la région voisine.

Citelli (Catane). — **Kyste dermoïde du lobule de l'oreille.** — C'était un kyste du volume d'une petite noisette soulevant la peau de la face postérieure du lobule. La paroi en était formée presque exclusivement d'épithélium plat polystratifié, ayant tous les caractère de l'épiderme. Le contenu, pultacé, onctueux, d'odeur *sui generis*, était constitué par des éléments cornés plus ou moins altérés détachés de la couche interne de la paroi épithéliale.

Citelli (Catane). — **Cordectomie par voie externe.** — Citelli propose de traiter les diverses formes de sténose laryngée dues à la position médiane permanente des deux cordes vocales (et non susceptibles d'amélioration ou de guérison par la dilatation graduelle, par l'ablation complète de la portion ligamenteuse des cordes et, s'il est nécessaire de la portion cartilagineuse, après thyrotomie. De cette façon on délivre les malades de leur canule trachéale.

Ces expériences faites sur des chiens lui ont montré que les tissus enlevés ne se régénèrent pas et même que les fibres musculaires non atteintes par l'emporte-pièce disparaissent par atrophie.

Citelli (Catane). — **Processus de cicatrisation de la plaie trachéale après la trachéotomie.** — Par des expériences sur des chiens. Citelli a cherché à déterminer le temps nécessaire à la fermeture de la plaie trachéale, les aspects divers que peut prendre la cicatrice et surtout les déformations consécutives de la région correspondante de la trachée.

Conclusions. — 1° La cicatrice peut revêtir la forme d'une petite membrane limitée à la seule muqueuse ; la trachée est alors à peine déformée, mais la membrane cicatricielle peut être distendue par l'air, surtout s'il existe une sténose laryngée et constituer une variété de trachéocèle. Il peut aussi se constituer une cicatrice solide comprenant la muqueuse, le tissu conjonctif et les muscles prétrachéaux ; la rétraction de la cicatrice peut alors amener un rétrécissement transversal de la trachée.

2° La fermeture complète de la plaie trachéale peut être

achevée du seizième au dix-huitième jour ; d'autres fois elle ne l'est pas encore au bout d'un mois, sans cause appréciable.

L'auteur décrit ensuite les modifications histologiques qui accompagnent ce processus de cicatrisation.

Citelli (Catane). — **Tubes nouveaux et tubes modifiés pour le traitement de quelques sténoses laryngées aiguës et chroniques.** — Citelli a imaginé des tubes spéciaux pour l'intubation dans les cas d'œdème ou de phlegmon du vestibule avec tuméfaction notable de la face postérieure de l'épiglotte : ces tubes maintiennent l'épiglotte soulevée, grâce à l'adjonction d'un segment sus-céphalique d'un centimètre de hauteur.

Pour fixer un tube dans le larynx au travers d'une plaie trachéale, particulièrement un cas de sténose chronique, Citelli fait pratiquer à travers le bord antérieur du tube deux tunnels horizontaux dont l'un est situé à la hauteur de l'orifice trachéal ; au moyen d'une aiguille courbe, on fait passer dans le tunnel un fil de soie qui sort par la plaie cervicale et est ensuite fixé au cou du malade.

Citelli (Catane). — **Mélanosarcome de la région ethmoïdale.** — Tumeur lisse, de couleur brune, implantée sur l'ethmoïde par une large baie, et descendant presque jusqu'à la narine et envahissant l'angle interne de l'orbite et le sinus maxillaire.

M. BOULAY.

SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE ET LARYNGOLOGIQUE DE CHICAGO (1)

Séance du 16 octobre 1906.

Otto T. Freer. — **Lympho-sarcome du pharynx limitant les mouvements des mâchoires et de l'axis par l'envahissement des régions ptérygo-maxillaires et prévertébrale** (1). — *Historique.* Bien portant jusqu'en décembre 1904. Ce malade commença à ronfler en dormant, avec difficulté croissante à respirer par le nez,

(1) Compte-Rendu par Marc André, d'après *The Laryngoscope.*

de sorte qu'en quelques semaines, il dut tenir en tout temps la bouche ouverte pour respirer. Voix nasonnée. Surdité progressive. Le 5 septembre 1905, il se présenta pour la première fois à la polyclinique de Chicago. Rhinoscopie postérieure : tumeur rose à surface lisse greffée sur la voute du pharynx et descendant jusqu'à reposer presque sur le palais mou. Rhinoscopie antérieure, indemnité des narines. Il entendait la montre à douze pouces de l'oreille droite et à trois de l'oreille gauche.

Malgré le développement rapide suspect de cette masse à une période de la vie où les adénoïdes s'atrophient d'habitude, on conclut néanmoins à cette affection qu'on opéra par la voie transnasale ce qui rétablit parfaitement la respiration. La quantité de tissus excisée était considérable. L'examen histologique n'affirma pas le diagnostic d'une volumineuse hypertrophie fibreuse de l'amygdale pharyngée.

On ne revit ce malade que le 1er septembre 1906. Il déclara alors que la respiration nasale était restée parfaite pendant les deux premiers mois après l'opération, puis le ronflement et l'obstruction nasale réapparurent, mais jamais avec la même intensité qu'auparavant.

L'ablation de la tumeur fut suivie d'un écoulement de l'oreille gauche qui ne cessa pas depuis. Jamais d'amélioration à la surdité.

Depuis l'opération environ une fois par quinzaine, épitaxis spontanée s'écoulant parfois par le cavum.

Dans les quelques mois qui précédèrent sa deuxième visite à la clinique, il perdit rapidement ses forces et son poids et ressentit fréquemment de la céphalée matinale accompagnée de vomissements.

En juillet, il commença à remarquer la difficulté à ouvrir les mâchoires et à déglutir. Symptômes qui depuis n'ont cessé d'augmenter.

Examen du patient au 1er octobre. Oropharynx : abaissement du palais mou dû évidemment à une masse reposant sur sa face supérieure. La paroi postérieure du pharynx montre une voussure à convexité antérieure qui atteint presque le voile du palais rendant impossible la rhinoscopie postérieure.

La mise en évidence de la région située derrière le palais mou à l'aide d'un releveur du voile, montre une portion d'une tumeur nodulaire rose tendre, située à droite de la ligne médiane et s'étendant hors de vue vers le naso pharynx. La mâchoire ne peut être ouverte qu'à moitié, elle est alors arrêtée par une résis-

tance quand les incisives sont écartées de 5/8 de pouce. Les mouvements latéraux de la mâchoire sont aussi presque nuls dans les deux sens. La rotation de la tête dans l'articulation atlo-axoïdienne n'est possible qu'à un faible degré, la tête étant tournée par la torsion totale du cou. Pour palper le naso-pharynx, il fallait écarter les mâchoires avec un ouvre-bouche. Le doigt sent dans le naso-pharynx une tumeur molle remplissant le cavum et occupant la place habituelle des adénoïdes. La palpation de la paroi pharyngée postérieure montre son refoulement antérieur par une masse molle élastique saignant facilement au toucher.

La tumeur peut être vue indistinctement à travers les fosses nasales dans lesquelles elle ne pénètre pas. Le pouls est rapide 120-130, fréquence qu'il a constamment gardée le mois passé.

La température variait entre la normale et 100° Fahrenheit. Pupilles réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation. Rien au cœur et aux poumons, sauf la tachycardie persistante qui ne s'accompagne pas d'une dilatation cardiaque appréciable.

La laryngoscopie est imparfaite. On aperçoit un peu les mouvements de la corde vocale gauche, ceux de la droite étant masqués par l'épiglotte.

A droite, on sent un ganglion du volume d'une amande à l'angle de la mâchoire. Les régions rétro-maxillaires sont en partie comblées par un œdème indistinct.

Vision normale, pas de rougeur des téguments des oreilles. Pas de salivation anormale. La déglutition est un peu difficile. Le malade dit qu'il doit l'associer à l'inspiration de l'air pour faciliter la descente des aliments solides. Il boit sans difficulté. Voix nasonnée.

L'examen des oreilles montre un enfoncement de la membrane du tympan à droite qui est mobile ; à gauche, membrane détruite, au-dessus, marteau partiellement détruit et granuleux. Otorrhée.

Nouvel examen du malade le 9 octobre montrant que les mouvements latéraux de la mâchoire inférieure sont redevenus libres.

On commença le 7 septembre des injections d'adrénaline au $^1/_{000}$ (selon la méthode de Rhodes) trois fois par semaine pendant quinze jours, au niveau de la tumeur dans sa portion visible par la narine droite et par le soulèvement du palais mou. La quantité injectée chaque fois était de dix à quinze gouttes. On les supprima temporairement à cause de la faiblesse générale et des vertiges.

Il se pourrait que si la tumeur n'a pas grossi pendant le mois dernier et que les mouvements latéraux de la mâchoire soient revenues, cela soit l'effet de l'adrénaline.

Tandis que l'examen microscopique des coupes de la tumeur primitive en septembre 1905, ne démontrait pas la présence d'un sarcome, celles faites après la récidive, un an plus tard, au niveau de la paroi pharyngée postérieure, mirent en évidence la présence d'un lympho-sarcome, type à grandes cellules.

Tandis que le sarcome pharyngé, particulièrement le type à grandes cellules, quoique moins bien défini comme tumeur bénigne, reste volontiers nettement circonscrit et envahit les tissus où il se développe surtout en surface. La tumeur de ce malade avait une tendance à la diffusion et s'infiltrait dans les parties profondes hors de proportion, avec son empiètement modéré sur la cavité du pharynx. Cette tendance à l'infiltration par la tumeur ne s'est révélée qu'à la récidive après son ablation, il y a un an. Comme au premier examen, la tumeur ressemble à s'y méprendre à une large végétation adénoïde, elle avait un caractère tout à fait superficiel et siégeait au niveau de l'amygdale pharyngée.

Lors de la rechute, la végétation morbide non seulement reproduisait en partie la tumeur du naso-pharynx, mais se développait en envahissant la paroi pharyngée postérieure, occupant aussi à cet égard une région qui est souvent le siège de portions isolées de végétations adénoïdes. Cependant le caractère de la tumeur avait changé et au lieu de se confiner à la muqueuse comme le fait une hypertrophie du tissu lymphoïde, elle s'infiltrait profondément au-dessous dans la sous-muqueuse et les tissus musculaires de la paroi pharyngée postérieure et latérale. L'impossibilité pour le malade de tourner la tête et d'ouvrir les mâchoires plus qu'à moitié et le comblement du creux situé derrière la branche montante de la mâchoire montrent à quelle profondeur cette région était infiltrée.

La rotation limitée de la tête montre que la tumeur pénétrait jusqu'à la colonne vertébrale et entravait les mouvements de l'articulation atlo-axoïdienne, résultats probables d'infiltrations néoplasiques des ligaments longitudinaux antérieurs, occipito-atloïdien antérieur et atlo-axoïdien antérieur. L'obstacle au fonctionnement des muscles droits antérieurs petits et grands pouvant empêcher aussi de tourner librement la tête. Au lieu de tourner normalement la tête par des mouvements de l'axis, le malade tourne son cou entier mettant en jeu la totalité de ses vertèbres

cervicales ainsi que ses muscles sterno-cléido-mastoïdiens qui ordinairement ne se contractent pas pendant la rotation de la tête.

La difficulté pour ouvrir la mâchoire est causée par l'invasion de la tumeur au niveau de l'angle du constricteur supérieur du pharynx et du buccinateur ; et par l'action mécanique de la tumeur sur le tendon qui s'étend de l'apophyse ptérygoïde à la mâchoire inférieure.

La palpation montre la tension de ce replie quand la mâchoire est ouverte. L'inaptitude à ouvrir les mâchoires est due partiellement aussi à l'infiltration par la tumeur des muscles ptérygoïdiens internes ou à la réaction inflammatoire qu'elle y provoque, puisqu'elle remplit les fosses ptérygo-maxillaires que tapissent ces muscles en dehors du constricteur supérieur du pharynx. L'inaptitude à ouvrir la mâchoire se rencontre assez souvent dans le carcinome de l'amygdale, du palais ou de la langue, mais elle est due à une autre cause, à savoir : l'infiltration par les tissus carcinomateux du repli de la muqueuse qui s'étend de la fosse sphéno-maxillaire à la région du crochet de l'apophyse ptérygoïde à l'angle de la mâchoire inférieure et appelé par Mikuliecz, bandelette intermaxillaire. Ce pli est intact dans le cas présent, mais l'infiltration embrasse les muscles ptérygoïdiens internes situés immédiatement derrière.

L'inaptitude temporaire à mouvoir latéralement la mâchoire était due probablement à une myosite et à une contraction des muscles ptérygoïdiens externes causée par l'irritation mécanique de la tumeur dans la fosse ptérygo-maxillaire. On rapporte un grand nombre de cas d'inaptitude à ouvrir la mâchoire par suite d'affections de ces muscles particulièrement des masséters et des temporaux. Cependant la cause en était une myosite interstitielle sans connexion avec une tumeur.

La difficulté du malade à avaler des aliments solides peut s'expliquer par l'invasion interstitielle du constructeur supérieur du pharynx par la tumeur, car celle-ci n'obstrue pas assez la cavité pharyngée pour empêcher particulièrement la déglutition quoiqu'elle surplombe légèrement le larynx.

L'auteur n'a point trouvé d'explication du symptôme constant et invariable de la tachycardie que présentait le malade. Il est peu vraisemblable qu'elle provienne de la pression de la tumeur sur le ganglion sympathique cervical supérieur compris dans la région envahie par la tumeur derrière le constructeur supérieur à peu près au niveau du palais osseux, car il est probable que ce gan-

glion ne fournit pas de fibres au nerf accélérateur du cœur. L'excitation du ganglion cervical supérieur produirait mécaniquement de la pâleur, de la salivation et une dilatation pupillaire du côté intéressé. La suppression de sa fonction produisait du myosis et de la rougeur de la peau de l'oreille du côté atteint.

Or on ne trouve aucun de ces phénomènes et le réflexe pupillaire est normal, de sorte que la preuve classique d'irritation du sympathique cervical par la tumeur est absente. La tachycardie ne peut s'expliquer non plus par la paralysie du pneumo-gastrique, car si elle en était la cause, il y aurait paralysie des cordes vocales ou au moins des muscles postérieurs du larynx dûe à l'intervention des nerfs récurrents compris à ce niveau dans les troncs des nerfs vagues.

La nature diffuse et profonde de la tumeur la rend évidemment inopérable, c'est pourquoi il semble à propos de recommencer les injections d'adrénaline ou d'adopter quelqu'autre traitement palliatif.

La nature histologique du néoplasme est en rapport avec sa situation, car il s'est développé dans les régions normalement sujettes à des hypertrophies du tissu lymphoïde, c'est-à-dire dans la région de l'amygdale pharyngée et des amas lymphoïdes qu'on rencontre sur la paroi postérieure du pharynx. Seulement dans ce cas au lieu de produire une hypertrophie bénigne les cellules lymphoïdes ont acquis une tendance maligne et infiltrent les tissus normaux.

On peut les voir ramassées en agglomération de grandes cellules lymphoïdes typiques, qui sont contenues dans un réticulum de tissu conjonctif à larges mailles présentant par places des cellules en fuseau. Les cellules lymphoïdes présentent toutes un certain nombre de ramifications.

Discussion.

Wilson. — En ce qui concerne la déglutition. Le jeune malade avale aisément les liquides, mais les solides avec difficulté. Cela concorde avec la position de la tumeur. Comme on le sait, l'acte physiologique de la déglutition des liquides implique l'action des muscles antérieurs de la langue (stylo-glosse, mylo-hyoïdien et hyo-glosse) comme « pompe foulante ». Ceux-ci sont situés en avant de la tumeur et ne sont pas affectés. Le pharynx et l'œsophage ne participent pas activement à la déglutition des liquides qui les parcourent très rapidement. Il en est autrement de la dé-

glutition des solides. Ceux-ci sont saisis pendant le deuxième acte de la déglutition par les muscles du palais mou, par les muscles œsophagiens. Voilà pourquoi la situation de la tumeur explique aisément que le malade peut avaler sans aucune difficulté les liquides et néanmoins avoir du mal à avaler les solides.

D'accord avec Freer sur tout ce qu'il a dit de l'inaptitude à ouvrir la bouche, Wilson ajoute : Sa bouche est ouverte par les dépresseurs de la mâchoire, mais il existe concurremment une participation des muscles qui ferment la mâchoire. Dans ce cas, il soupçonne que l'on a affaire à l'irritation de quelques-uns des élévateurs de la mâchoire, par exemple : les muscles ptérygoïdiens internes, se traduisant par une participation défectueuse ainsi que par une contracture musculaire.

Quant à la tachycardie on ne peut que faire des hypothèses. Freer a soulevé entre autres questions la possibilité de l'irritation du sympathique ou de la paralysie du vague. Wilson ne peut admettre avec lui que l'accélération des battements du cœur provienne seulement de l'irritation du sympathique au niveau du ganglion cervical inférieur, quoique ce soit l'explication qu'on trouve couramment.

Il pense qu'il se trouve des cas où l'on a observé l'irritation du sympathique cervical produisant une accélération du cœur, mais le sympathique n'a évidemment rien à faire ici. Cela semble suffisamment prouvé par l'absence de symptômes oculaires ; à moins d'admettre une action élective de la tumeur sur les fibres du sympathique, ou la pression d'un ganglion sur les fibres accélératrices.

La participation du vague aboutirait aussi à la tachycardie, mais Freer a apporté maints arguments qui parlent contre cette hypothèse. Ceux que l'on rencontre le plus souvent sont : 1° la non participation du récurrent ; et 2° le concours des deux troncs nerveux est nécessaire pour obtenir chez les animaux une telle tachycardie persistante.

En relation avec cette dernière objection, en examinant ce soir le pouls, on est frappé du peu de variations qu'il présente pendant une respiration profonde et lente, comparé avec le pouls normal.

Pynchon a eu naguère à traiter un cas tout à fait semblable, un homme d'environ 47 ans dont la tumeur ne s'était montrée qu'il y a environ six mois. Ici les ganglions sous-maxillaires étaient particulièrement atteints, on supposa d'abord que c'était une inflammation banale. Même difficulté de tourner la tête, même

accéfération du pouls et même faiblesse générale. Il a prié Rhodes d'examiner le cas avec lui et sur son avis, il employa l'adrénaline. L'injection, particulièrement la première causa de la faiblesse. La température était presque normale, mais le pouls s'élevait parfois jusqu'à 140. Il enleva des portions de la tumeur par l'ignipuncture ; il n'y eut absolument aucune réaction.

Aussi pense-t-il que si le patient avait été plus robuste il eut été possible de détruire entièrement la tumeur par ce moyen. L'examen montra que cette tumeur était un carcinome.

Beeck. — Il y a environ deux mois, Bayer publia dans la *Internationale centralblatt für Ohrenheilkunde*, une suite d'expérience sur l'emploi de l'adrénaline chez les animaux. Après l'injection de très petites quantités d'adrénaline, il observa un changement, une dégénérescence athéromateuse des grands vaisseaux ainsi que les coronaires. Ne pourrait-il exister quelque chose de semblable dans l'alimentation vasculaire du cœur qui expliquerait l'action du plexus nerveux cardiaque causant ainsi la tachycardie. Dans ce cas, la tachycardie existait-elle déjà avant l'usage de l'adrénaline ?

Friebërg. — Cette accélération du pouls ne pourrait-elle pas être le résultat d'une anémie secondaire, ou de l'absorption de toxines provenant de la tumeur même ?

Freer. — Dit qu'il a consacré beaucoup de temps à rechercher une connexion possible entre le ganglion cervical supérieur et les nerfs accélérateurs du cœur ; mais n'a trouvé aucune mention d'une telle relation.

L'observation faite par Pynchon de faiblesse après l'injection d'adrénaline coïncide avec la sienne.

Beek a suggéré que l'adrénaline aurait pu causer l'accélération du pouls. Tel n'est pas le cas cependant, car la tachycardie existait déjà avant son emploi.

On peut produire expérimentalement l'artério-sclérose par des injections d'adrénaline ; mais d'après l'observation très complète de ce sujet par Rhodes, la dose employée en ce cas est de beaucoup inférieure à celle que pourrait produire ce phénomène.

Friedberg a demandé sur quels motifs théoriques on s'était basé pour employer l'adrénaline en vue d'obtenir la résorpsion de quelques sarcomes. Freer ignore s'il a été procédé à des examens histologiques de ces tumeurs en voie de résorpsion. La grande tendance à la dégénérescence et à la résorption de certains sarcomes affectés dans leur nutrition est bien connue, et peut-être qu'en diminuant leur circulation sanguine l'adrénaline a été la cause des

succès rapportés. Certainement dans ce cas le médicament n'a pas eu de succès évident ; cela tient peut-être à la nature diffuse de la tumeur.

L'observation faite par Wilson que la tachycardie peut après tout provenir de l'inhibition du cœur par le nerf pneumogastrique, paraît fondée. Il se peut en effet, comme il l'indique qu'il y ait eu une action élective sur les fibres des nerfs qui ralentissent le cœur.

Séance du 11 décembre 1906.

Président : FREER.

BECK. — **Découverte post mortem d'un abcès cérébral ayant causé une mort subite.** — Jos. W., 19 ans, otorrhée à droite depuis son enfance, suite de la rougeole. Ecoulement très épais et fétide. Le malade n'avait jamais été soigné pour cette otorrhée, et il n'en avait pas souffert avant de contracter un refroidissement, il y a six semaines. Une douleur s'accusa alors du côté droit de la tête et augmenta toujours jusqu'à l'opération.

26 octobre 1906. — Douleur presque intolérable. Hughes qui le vit à cette époque en prit l'observation suivante : conduit auditif externe enflammé et sténosé ; pus fétide remplissant le conduit ; granulations semblant se substituer au tympan ; paroi supérieure et postérieure du conduit paraissant abaissée.

Audition notablement diminuée pour les conductions aérienne et osseuse. (Néanmoins, ni vertiges, ni bourdonnements, ni nystagmus, ni autres signes oculaires). Pas d'empâtement au niveau de la mastoïde, mais un peu au-dessus du zygoma. Température 97°, pouls 55-60. Toux légère.

Septum dévié à gauche. Rhino-pharyngite. Mauvais état général par suite de la perte de l'appétit et du sommeil.

BECK vit le patient le 30 octobre 1906 et le trouva dans le même état ; il décida une intervention radicale immédiate, croyant à une nécrose du temporal à travers le tegmen tympani avec participation de la mastoïde. Il s'attendait aussi à trouver une fistule allant vers le cerveau, étant données sa température au-dessous de la normale et la lenteur du pouls.

1er novembre 1906. — Au cours de l'opération, découverte d'un grand cholestéatome qu'il put extraire complètement, mais aucun signe de nécrose du tegmen tympani, ni d'aucune autre région.

Le lendemain matin, bon repos. Température 99°. Pouls 60. A partir de ce moment jusqu'au soir précédent le décès, c'est-à-dire pendant neuf jours, aucun mal de tête ni autre malaise.

Plaie normale. Le cinquième jour après l'intervention, il y eut une très légère parésie faciale que Beck mettait sur le compte de la pression exercée par le pansement. Pas de variation notable du pouls : 50-60, ni de la température ; 97°.

Dans la soirée du huitième jour après l'opération, le malade se plaignit d'un mal de tête qui dura toute la nuit et le lendemain. Beck le quitta néanmoins dans la soirée, mangeant de bon appétit. Le lendemain, mort subite.

L'autopsie fut faite aussi tôt que possible, afin de prévenir les altérations *post-mortem*, et l'on trouva le champ opératoire en parfait état, aucune fistule, ni nécrose. Méninges normales. En séparant la tente du cervelet et en retournant le cerveau, on trouva une petite ouverture dans la moitié droite du cervelet, tout près de la ligne médiane, d'où s'échappait du pus, et en agrandissant cette ouverture on put recueillir environ deux cuillerées de ce pus. En mesurant la cavité avec une sonde, elle présente 2 pouces et demi dans un sens et un et demi dans l'autre. Elle semble creusée vers le quatrième ventricule, mais Beck précisera cela plus tard quand le cerveau sera suffisamment durci. L'auteur expliquerait volontiers la mort subite par la rupture de cet abcès dans le quatrième ventricule. Sinus absolument normaux. Aucun signe de nécrose de l'attique, ni des cellules mastoïdiennes.

A l'examen microscopique, aucun trouble, au niveau des canaux semi-circulaires et du limaçon, ainsi que du canal de Fallope.

Beck est porté à croire que l'infection a dû partir des cellules mastoïdiennes à travers quelque très petite fistule pour infecter le cervelet. Cet abcès existait probablement depuis longtemps à l'état latent, mais l'intervention mastoïdienne a pu en réveiller l'activité et en causer la rupture.

Discussion.

Shambaugh. — Ce spécimen intéressant, présenté par Beck, montre d'une façon frappante l'une des complications les plus graves de l'otite moyenne chronique suppurée. Cet abcès est situé

dans la partie du cervelet qui est en rapport avec la surface postérieure de la pyramide du rocher. C'est le lieu d'élection de ces abcès. La durée de cet abcès est incertaine d'après son histoire clinique. Il est surprenant qu'un abcès de cette dimension pût être logé dans un organe tel que le cervelet, sans produire de réaction très prononcée. Cependant, il est notoire qu'un abcès du cerveau peut se développer au cours d'une infection chronique suppurée de l'oreille, et évoluer longtemps sans produire de troubles très prononcés.

Il serait intéressant de connaître la voie suivie par l'infection pour gagner le cervelet. Il n'est pas rare qu'on ne trouve aucun trajet au moment de l'opération. Il y a, naturellement, plusieurs voies par lesquelles peut s'infecter le cervelet. Une, est l'extension par le sinus latéral, cet organe étant le premier touché ; une autre est le labyrinthe qui participe à la suppuration, et l'extension se propage au cervelet soit par le méat interne, soit par l'aqueduc du limaçon ou l'aqueduc du vestibule.

CAMPBELL. — **Aphonie d'origine inconnue d'une durée de six mois chez un enfant de 2 ans et demi. Découverte d'une épingle de sûreté ouverte dans le larynx.** — Il est rare de voir un corps étranger du larynx provoquer une aphonie. Les symptômes varient selon le volume et la forme du corps étranger. De petits corps tels que les arêtes des poissons peuvent rester dans le larynx pendant un temps illimité sans interrompre la respiration, provoquant simplement de la toux et une sensation de malaise.

Généralement, le patient éprouve une grande anxiété et une grande terreur au moment de l'entrée d'un corps étranger, si petit soit-il, dans les voies respiratoires. Habituellement, l'histoire clinique est claire, et le laryngoscope confirme ou dément le dire du malade. En cas de doute, la radiographie trancherait la question.

Ici, le père de la petite fille lui donna une dose d'huile de castor pendant que sa mère la maintenait, il s'ensuivit immédiatement une toux violente et une aphonie persistante. Six mois après, elle fut amenée à Campbell. Anesthésie, et au laryngoscope on vit un corps métallique, à la face supérieure de la corde vocale droite. Campbell saisit ce corps avec la pince à tubes de Schrœtter et ramena une épingle de sûreté de 23 millimètres de long et de 15 millimètres dans sa plus grande largeur.

Trente-six heures plus tard, l'enfant fut reconduite à domicile parlant comme auparavant.

Campbell. — **Traitement par la trypsine d'un cas d'affection maligne intéressant l'amygdale gauche, la base de la langue et l'épiglotte.** — L'auteur, se basant sur la répartition relative du cancer des voies digestives, pense que les ferments pancréatiques et biliaires pourraient bien avoir une action inhibitoire ou préventive sur le cancer. Beard, dans les expériences sur les souris inoculées avec la tumeur des souris de Jensen, injecta avec succès de la trypsine dans la tumeur. Il expose ensuite ses recommandations sur la façon d'injecter la trypsine et l'amylopsine à des êtres humains, ainsi que les résultats encourageants de cette méthode employée par Morton dans 29 cas.

Campbell rapporte alors, avec quelque développement, son expérience d'injection de trypsine et d'amylopsine, en traitant une tumeur de la base de la langue, de l'amygdale gauche et de l'épiglotte qui paraissait un carcinome inopérable. L'amélioration fut notable, la douleur, l'enflure et l'induration furent diminuées dans les sept mois qui précédèrent cette communication. Malheureusement, le diagnostic de carcinome ne fut pas confirmé par l'examen microscopique.

Discussion.

Freer. — Nous remercions Campbell de nous rappeler l'utilité possible de la trypsine dans le traitement des tumeurs malignes. Néanmoins, l'absence de diagnostic histologique dans le cas présent empêche de le considérer comme l'effet de la trypsine sur un carcinome. Il existe, en effet, dans la gorge, un très grand nombre de cas qui, à l'œil nu, peuvent simuler un épithéliome, sans parler de la possibilité d'un sarcome dont il peut être impossible, à la simple inspection, de faire le diagnostic avec une infiltration chronique inflammatoire à cellules rondes, de l'amygdale et de ses piliers, ou avec des tumeurs granuleuses spécifiques. D'où la nécessité absolue de la confirmation de l'examen histologique pour lever toute espèce de doute.

Campbell devra continuer à employer la trypsine dans les cas à venir, mais après avoir fait des biopsies. Mais Freer ne croit pas qu'on obtienne jamais de grands résultats avec ce traitement, car si les cellules centrales de la tumeur maligne dont la vitalité est moindre, à cause de l'oblitération des vaisseaux, peuvent être digérées par le ferment, celles de la périphérie offriront au moins autant de résistance à l'action dissolvante de la trypsine que les cellules du tissu normal voisin.

Beck. — Quelle est la profession du malade? Maniait-il des cuirs ou des bestiaux?

Campbell. — C'était un ouvrier qui travaillait le cuivre.

Beck. — A-t-on recherché l'actinomycose?

Campbell. — Oui, mais sans succès.

Beck. — En effet, l'examen histologique est nécessaire pour éliminer l'actinomycose. Les malades comme celui-ci, porteurs de mauvaises dents, peuvent facilement en être atteints ; et, de plus, cette affection atteint surtout la mâchoire inférieure. Le fait qu'il se soit si bien trouvé et continue à être amélioré par la trypsine n'est pas en faveur d'un carcinome. En effet, dans le peu de cas que Beck connaît qui ont été améliorés par la trypsine ou le bleu de méthylène et d'autres substances analogues, l'effet de ces médicaments n'a été que passager, lorsqu'il s'agissait de cancer dont l'évolution enlevait rapidement le patient.

Shambaugh. — Le diagnostic probable d'un carcinome, en l'absence de confirmation histologique, a été établi en ce cas aussi rigoureusement que possible par l'histoire clinique. L'amélioration ayant suivi immédiatement l'application du remède, il est donc très probable qu'elle n'en est que la conséquence.

Campbell. — Il est fort probable qu'il ne s'agissait pas d'actinomycose, car les tumeurs n'avaient aucune tendance à dégénérer en abcès. De plus, Zeit, dans ses préparations microscopiques, n'a trouvé aucun champignon. Chez les ruminants de grande taille, le traitement par l'iodure de potassium à grandes doses ayant donné d'excellents résultats, celui-ci, appliqué chez l'homme, devrait être aussi efficace. Chez ce malade, ce traitement fut appliqué sans succès.

Il n'est pas vrai que 28 % des souris atteintes de la tumeur de Jensen guérissent. Elles meurent toutes! Quand il se produit une ulcération superficielle de la tumeur, une rapide émaciation survient. Ehrlich prétendait qu'on ne réussissait à inoculer cette tumeur à des souris que dans 30 ou rarement 40 % des cas. Bashford cependant a réussi plusieurs fois dans 90 % de ses essais.

Kenyon. — **Défaut particulier d'élocution attribué en partie à la diphtérie qui l'avait précédé.** — Kenyon présente un malade qui émettait un son rude, nasal et gargouillant au lieu de la prononciation normale de l'S et du Z.

Ostrom. — **Présentation d'instruments. a) Simple rétracteur de l'épiglotte.** — En opérant sur la partie antérieure des cordes vo-

cales ou sur les parties adjacentes, les dispositions anatomiques entravent parfois l'exactitude du manuel opératoire. C'est particulièrement le cas pour l'épiglotte qui est quelquefois très gênante, surplombant la glotte et obstruant le champ du laryngoscope. Dans un petit nombre de cas, il est absolument impossible d'avoir une vue nette de l'extrémité antérieure des cordes vocales ; à moins que l'épiglotte ne soit relevée en avant par un rétracteur ; même chez un malade très tolérant, à qui l'on a tiré la langue et mis la tête et le cou dans la position la plus favorable. C'est dans ces cas, d'ailleurs fort rares, que le secours d'une autre main devient indispensable. Une disposition très simple viendra à bout de cette difficulté sans mettre aucun obstacle aux autres manipulations. C'est une bandelette de caoutchouc ordinaire, fixée par un nœud coulant à chaque extrémité de l'instrument laryngien qui est coudé à angle droit. Elle forme ainsi la base d'un triangle isocèle. Son action peut être modifiée selon sa longueur et son épaisseur. L'emploi du nœud coulant permet de la glisser dans toutes les positions voulues pour en varier la rétractilité. Elle ne gêne en aucune façon le jeu de n'importe quelle pince ou curette et ne glisse pas si elle est convenablement fixée.

b) **Eponge de Bernay avec attache pour en faciliter l'extraction.**

c) **Localiseur de l'oblique supérieur dans l'opération de Killian.**

Ostrom a vu 4 cas où la diplopie était définitive après l'opération de Killian (pratiquée par quelques-uns des meilleurs rhinologistes européens) au cours de laquelle la totalité du plancher du sinus frontal avait été enlevée. Il en a vu également un très grand sans diplopie post-opératoire. Tant qu'il restera quelque menace de diplopie à la suite de cette très utile opération quand la poulie de l'oblique supérieur est détachée de son attache osseuse, toute méthode pouvant ménager cette poulie aura son utilité. Avec cette espèce de petit crochet, on peut déterminer sans perte de temps la situation exacte de la poulie. L'index peut facilement la sentir, on pousse alors dessus l'anneau du localisateur de façon à la sentir dans son intérieur ; l'aiguille du chercheur est alors amenée au-dessous du bord de la paroi osseuse frontale et touche sur le plancher du sinus frontal, exactement au centre de l'anneau ou au-dessus de l'attache de la poulie. On peut alors faire une marque, et cette portion osseuse peut être ménagée.

L'instrument peut être rapidement ajusté pour tous les cas. Il est fabriqué par Hardy et Cie, de Chicago.

d) **Rugine sous-muqueuse, postérieure.**

c) **Ecarteur nasal automatique.**

d) **Bandelette pour tamponnement nasal et post-nasal.**

Discussion.

BECK se servira dans la prochaine opération de Killian du localiseur de la poulie du grand oblique.

Il ne saurait admettre que l'ablation de la poulie soit anodine. Il sait qu'elle produit du strabisme et de la diplopie qu'il a rencontrés dans presque tous les cas, et il faut l'éviter, autant que possible. Cependant, il désire, à ce sujet, faire remarquer que dans sa dernière cure radicale de pansinusite, il a suivi le conseil de Coakley et de beaucoup d'autres en détruisant le plancher du sinus frontal et les cellules ethmoïdales juste assez pour obtenir un bon drainage. Le résultat fut excellent : sans cellulite infectieuse, ni déviation du globe oculaire.

KAHN. — Si l'on fait l'opération typique de Killian, ce localiseur de la poulie du grand oblique, peut rendre de grands services. Mais la modification proposée par Hajek, dans un des derniers numéros des *Archives* de Fraenkel, le rend inutile. En suivant cette méthode, il y a seulement diplopie passagère et le malade ne se ressent pas du détachement de la poulie de son grand oblique.

FREER trouve excellent le rétracteur de l'épiglotte. Il a souvent trouvé, en effet, une grande difficulté à enlever les papillomes greffés sur le tiers antérieur des cordes là où l'épiglotte surplombe beaucoup le larynx.

ERRATUM

C'est par suite d'une erreur, encore trop répandue, qu'il a été dit, dans la nécrologie de Ottomar Rosenbach, que « son observation servit « de point de départ aux travaux de sir Felix Semon ». En réalité, l'illustre laryngologiste de Londres s'est occupé de cette question bien avant Rosenbach. Il n'a pris connaissance de ce dernier qu'en corrigeant les épreuves du sien, paru dans les *Archives of Laryngology*. D'ailleurs, ses annotations sur cette question, ajoutées à l'édition allemande du traité de Morell Mackenzie, étaient déjà sous presse depuis quelques mois, quand parut la communication de Rosenbach sur les paralysies laryngées.

NOUVELLES

70e anniversaire du Prof. Schwartze (de Halle).

Nous recevons, avec prière d'insérer, la lettre suivante :

« Très honoré Collègue,

« Le 7 septembre prochain, Hermann Schwartze célèbre son 70e anniversaire. Tous ceux qui, scientifiquement ou pratiquement, s'occupent d'otologie, tous ses nombreux élèves, et amis admirateurs des pays étrangers ou de sa patrie désireront apporter leur tribut à cette solennité.

« Les soussignés ont décidé d'offrir à cette occasion, à Schwartze, une œuvre artistique avec les noms de tous les souscripteurs et un ouvrage d'anniversaire *(Festschrift)*. On terminera par un banquet.

« L'ouvrage d'anniversaire sera publié en un volume par les *Archiv für Ohrenheilkunde*, et composé uniquement d'articles originaux aussi concis que possible sur l'otologie seulement.

« La fête commencera par des salutations et des vœux sur son anniversaire le samedi 9 novembre 1907, à Halle; le jubilé à 11 heures, le banquet à 3 heures, à l'hôtel de Hambourg.

« Nous espérons, très honoré Collègue, que vous voudrez bien nous honorer de votre participation et envoyer votre cotisation, qui est de 10 marks, au secrétaire-trésorier de la fête, le Dr Dallmann, Halle-sur-Salle, Magdeburge Strass, 22, le plus tôt possible, mais pas plus tard que le *1er août 1907*. L'envoi de cette cotisation vous donnera le droit de voir figurer votre nom dans les souscripteurs de l'Adresse.

« Nous vous prions aussi de nous renseigner sur votre participation éventuelle au banquet.

» Nous vous prions d'envoyer la promesse certaine d'une communication pour le livre d'anniversaire, pour le *1er août 1907* au plus tard, au Prof. Kretschmann (Magdebourg, Kaiserstrasse, 25). Les travaux eux-mêmes peuvent être adressés au Prof. Kretschmann jusqu'au 1er juillet.

« Barth (Leipzig), Berthold (Königsberg), Bezold (München), Bloch (Freiburg), Borke (Budapest), Brieger (Breslau), Burkner (Göttingen), Dallmann (Halle a. S.), Denker (Erlangen), Friedrich (Kiel), Habermann (Graz), Haug (München), Heine (Königsberg), Hessler (Halle a. S.), Hinsberg (Breslau), Kessel (Iéna), Kirchner (Würzburg), Körner (Rostock), Kretschmann (Magdeburg), Kummel (Heidelberg), Leutert (Giessen), Lucae (Berlin), Ludewig (Hamburg), Manasse (Strassburg), Ostmann (Marburg), Panse (Dresden), Passow (Berlin), Politzer (Wien), Reinhard (Duisburg), W. Schulze (Mainz), Siebenmann (Basel), Stacke (Erfurt), Szenes (Budapest), Urbantschitsch (Wien), Wagenhauser (Tübingen), Walb (Bonn), Wegener (Hannover), Wittmaak (Greifswald), Zaufal (Prag), Zeroni (Karlsruhe). »

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

MOLINIÉ. — Les tumeurs malignes du larynx. Pathologie thérapeutique (1 vol., Maloine, éditeur, Paris, 1907).

A. BRUCK. — Die Kraukheiten der Nase und Mundhöhle sowie des Rachens und des Kehlkopfes (Urban et Schwartzenberg, éditeur, Berlin, Vienne, 1907).

E. J. MOURE ET BRINDEL. — Maladies de la gorge, des oreilles et du nez. Doin, édit, 1 vol. Paris 1907.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXIII. — N° 9. — Septembre 1907.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR LA TOUX NASALE

Par **Marcel LERMOYEZ** [1]

Accoler l'épithète de « nerveuse » à une toux qui ne fait pas clairement ses preuves, est un laisser-aller de diagnostic, auquel nous nous abandonnons volontiers. L'explication est obscure mais commode.

La toux nerveuse se range dans ce groupe de syndromes qu'une classique antiphrase a qualifiée d' « essentiels » précisément parce qu'on en ignore l'essence.

Je n'entends pas ici parler de la toux provoquée par des lésions du système nerveux, non plus que celle qui traduit parfois les névroses : toux rythmique de l'hystérie, toux spasmodique de la chorée, toux vertigineuse du tabès, toux équivalentielle des épileptiques.

Je critique seulement la toux nerveuse pure.

Or, *cette toux nerveuse n'existe pas.* Dire à une personne qu'elle est atteinte de toux nerveuse, est une manière à la fois concise, scientifique et dissimulée de déclarer qu'on est absolument incapable de discerner ce qui peut bien la faire tousser.

Une telle affirmation ne porte pas seulement en soi une satisfaction philosophique : elle a pour corollaire pratique de contribuer à la guérison de nos malades. Lorsqu'on voudra bien renoncer à croire à la généralisation spontanée de la toux,

(1) Communication de la Soc. médicale des Hôpitaux de Paris.

on sera mené à toujours rechercher ce qui l'engendre ; et peut-être le trouvera-t-on plus souvent.

Voici un fait qui appuie mon dire :

*
* *

OBSERVATION. — Mme M... se mit à tousser sans cause apparente vers 1896. Malgré les ennuis incessants que lui causait un nervosisme exagéré, elle avait une excellente santé, et rien alors ne pouvait expliquer ce symptôme, qui s'établit cependant avec ténacité. Dès le début, la toux prit un caractère quinteux qu'elle ne perdit jamais, et jamais non plus elle ne s'accompagna d'expectoration.

Un premier diagnostic fut posé. En l'absence de tout symptôme d'auscultation, on admit une *toux de gorge*. Car c'est une coutume déjà ancienne en médecine courante, de déclarer que tout individu qui ne justifie pas sa toux par les révélations d'une auscultation souvent grossière, doit tousser par la gorge ; et l'on s'en persuade surtout, si l'on a cru remarquer sur le pharynx quelques-unes de ces anodines granulations, dont nous sommes bien souvent porteurs à notre insu. La malade fut donc soumise à des badigeonnages répétés et divers de la gorge. Le résultat fut nul. La toux persista et s'aggrava.

Un second diagnostic fut posé cinq ans plus tard. Mme M... continuait à tousser sans rémission, et même avec progression, lorsqu'un hasard la conduisit en 1901 à la Bourboule. Un médecin l'y examina, qui ne trouva aucune lésion de la gorge, ce qui expliquait l'insuccès de la thérapeutique pharyngienne, impuissante malgré son obstination : et, ne découvrant pas non plus de lésion thoracique qui expliquât la toux, il déclara : « Ceci est *une toux rhumatismale* ». Le rhumatisme fut dès lors attaqué par des traitement divers.

Le résultat fut nul. La toux persista et s'aggrava encore.

Un troisième diagnostic fut posé dans la suite. Puisque la toux n'était ni de thorax ni de gorge, pas même fonction de rhumatisme, et qu'en somme la malade conservait un bon état général, c'était donc une *toux nerveuse*. Le traitement antispasmodique s'imposait, bien que Mme M... ne présentât aucun stigmate d'hystérie. Le résultat fut nul. La toux persista : elle s'aggravait sans cesse.

Vers 1905, malgré les qualificatifs variés qui l'avaient ornée, et malgré leurs corollaires thérapeutiques, cette toux était devenue intolérable, surtout depuis un an. Elle s'exprimait par des quintes extrêmement violentes, non suivies d'expectoration, atteignant parfois le paroxysme de l'ictus laryngé. Ces quintes survenaient même la nuit, et troublaient beaucoup le sommeil. Parfois se montraient des accalmies passagères : elles succédaient à un refroidissement, qui provoquait un rhume de cerveau.

Ce fut à cette époque que Mme M .. eut l'heureuse inspiration de se mettre entre les mains de notre collègue M. Souques. La toux avait pris un tel caractère qu'il fallait intervenir d'une façon sérieuse. M. Souques, procédant méthodiquement, désira qu'avant tout, un examen systématique des premières voies aériennes fût pratiqué, chose dont il n'avait jamais été question jusqu'alors. La malade y fit quelque opposition. Elle n'en voyait pas la nécessité. Sa respiration nasale n'était aucunement embarrassée. Ni éternuements, ni sécrétions anormales du nez ne s'étaient jamais produits. D'ailleurs, affirmait-t-elle, c'était seulement quand elle avait un rhume de cerveau qu'elle éprouvait quelque atténuation de sa toux, qui parfois se suspendait alors complètement.

Je pus enfin l'examiner le 8 mai 1905. Le nez paraissait suffisant, et donnait sur la plaque rhinométrique des taches de buée normales. Je découvris pourtant, dans la fosse nasale gauche, quelques petits polypes muqueux appendus au cornet moyen ; derrière eux se montrait une crête plongeante de la cloison. Aucune autre lésion, d'ailleurs : pharynx et larynx présentaient à peine la rougeur qu'ils montrent chez les vieux tousseurs.

En vain, je tâchai de reproduire expérimentalement cette toux en chatouillant avec une sonde divers points des fosses nasales et de la gorge : en vain, aussi, je fis l'épreuve de la pression extérieure de la trachée, qui provoque une toux caractéristique et constante quand il y a trachéite.

Je dis alors à M. Souques, en présence de la malade, qu'en raison de cet examen assez peu concluant, il m'était impossible d'affirmer que la toux eut certainement son point de départ dans les voies aériennes supérieures : que la seule indication rationnelle était d'enlever d'abord les polypes du nez ; après quoi on verrait à agir plus radicalement. Mon indécision était impropre à suggestionner la malade vers la guérison. Elle se refusa donc à toute intervention, dont elle avait, d'ailleurs, une terreur folle.

L'année suivante, le 21 février 1906, Mme M... vint me retrouver. Sa situation était devenue intenable. Les accès de toux avaient pris

encore plus de force et de fréquence ; et ils provoquaient maintenant de telies nausées que, de crainte de vomir en public, la malade en était réduite à se cloîtrer. Le sommeil était impossible, coupé chaque nuit de quintes spasmodiques. Désespérée, elle se résigna à une opération simple, à l'ablation de quelques polypes pédiculés, très flottants, qui siégeaient dans la fosse nasale gauche.

Le résultat de cette opération fut surprenant. La malade laissa chez moi ses polypes et sa toux. Dans la matinée de ce même jour, elle avait eu plusieurs quintes violentes avec nausées et même un vomissement. Dans l'après-midi, elle ne toussa pas. Et, dès lors, ce fut fini. Le lendemain elle se soumit, par curiosité, à l'épreuve si redoutée par elle de la fumée de tabac : et elle put séjourner dans le fumoir de son mari, sans éprouver le besoin de tousser.

Il y a déjà plus d'un an que la guérison se maintient.

* * *

La toux est une contraction brusque des muscles expirateurs, s'accompagnant d'un spasme des constricteurs de la glotte. C'est un acte réflexe, dont le point de départ, dans les conditions pathologiques, peut siéger sur les parties les plus diverses du corps, mais qui, à l'état normal, est presque uniquement sollicité par des incitations portées sur le territoire du pneumogastrique.

C'est le mode de défense constant du larynx et des voies aériennes sous-jacentes, contre les insultes extérieures. Les voies aériennes supérieures ont d'autres modes de réaction : vis-à-vis d'une irritation équivalente, le larynx tousse et le nez éternue.

Si l'on touche avec une sonde la muqueuse du larynx ou de la trachée, on provoque fatalement une quinte de toux. Si l'on pratique cette même excitation sur la partie antérieure des fosses nasales, on n'éveille la toux qu'une fois environ sur cent sujets sains (Kayser).

La toux du pneumogastrique est donc une toux physiologique. La toux du trijumeau est toujours ou presque toujours

une toux pathologique. Schadewaldt a pu nier son existence chez les sujets normaux.

Cependant, le type le plus habituel de la toux du trijumeau, la toux nasale, apparaît avec une fréquence insoupçonnée des médecins, quand se réalisent certaines conditions morbides : 1° Une excitabilité spéciale de l'organisme qu'on trouve réalisée au maximum chez les neuro-arthritiques ; 2° Une hypéresthésie de la muqueuse nasale ; 3° Une cause d'irritation locale permanente ou répétée. Cet excitant nasal, metteur en marche indispensable de la série des mouvements réflexes de la toux nasale, est tantôt exogène, ainsi que cela a lieu dans le rhume des foins où la pituitaire est excitée par l'apport du pollen des graminées ; tantôt endogène, et représenté alors par des polypes ou autres lésions nasales. Pour obtenir l'arrêt de ce cycle morbide, il est plus simple et plus logique de supprimer l'incitant de départ, que de vouloir hypothétiquement modifier l'organisme à tel point qu'il cesse de répondre aux sollicitations qui lui viennent du nez.

La toux nasale a certains caractères qui permettent de la soupçonner : elle est sèche, elle est convulsive, elle est progressive, elle est irrésistible.

Elle est *sèche*. Les malades crachent tout au plus quelques petits pelotons de mucosités grisâtres, que leur toux a projetés en râclant le pharynx.

Elle est *convulsive*. Essentiellement explosible, elle acquiert une intensité croissante jusqu'à la fin de la quinte. Elle a ceci de commun avec la toux de la coqueluche, qu'elle cyanose la face, propulse les yeux, provoque des nausées, parfois même des vomissements : mais elle en diffère par l'absence constante de reprises.

Elle est *progressive*. Elle s'accroît par sa répétition même, au point que, à la longue, les moindres incitations, qui laissaient d'abord le nez indifférent, suffisent dans la suite à le mettre en réaction. Cette toux fait boule de neige. Compter sur sa disparition spontanée, sur son usure par le temps, est une grande illusion.

Elle est *irrésistible*. On ne peut la discipliner, comme on discipline, dans les sanatoria, la toux du pneumogastrique.

Celui qui tousse par son trijumeau nasal est incapable de se retenir, quelle que soit sa volonté de bien faire.

Ce qui trompe sur le point de départ des quintes, c'est que le tousseur nasal a sa toux nettement sollicitée par un picotement laryngé, et ne ressent au contraire aucun chatouillement nasal, du genre de celui qui provoque l'éternuement. Or, rien n'est plus banal que cette illusion de lieu. Tout individu qui va tousser, fût-ce par l'oreille ou l'utérus, ressent au même point de la gorge un chatouillement qui est l'appel de sa quinte. Et bien souvent cette ectopie subjective donne aux phtisiques l'illusion dangereuse qu'ils n'ont qu'une simple toux pharyngée.

Ce qui trompe encore, c'est qu'il est fréquent, chez les tousseurs du nez, d'observer une congestion du larynx à maximum interaryténoïdien, et d'attribuer une valeur fausse à cette constatation. Tous les vieux tousseurs, sans distinction d'origine, irritent à la longue leur larynx, en le secouant de quintes ; ni plus ni moins que dans le prurit nerveux, on excorie la peau à force de la gratter.

Ce qui trompe aussi, c'est que l'examen des fosses nasales n'est pas toujours concluant.

Tantôt on observe dans le nez une grosse lésion, qui ne laisse aucune place au doute : ce sont souvent des polypes flottants, comme dans le cas ici rapporté.

Tantôt la muqueuse nasale semble normale ; mais elle montre, à ceux qui savent les rechercher, des points spasmogènes, dont le siège, assez variable, occupe de préférence la tête et la queue du cornet inférieur.

Dans ces nez tousseurs, d'apparence sains, l'existence des zones tussigènes se révèle par deux épreuves, qui se contrôlent.

L'épreuve positive consiste à chatouiller les zones tussigènes suspectes, avec un stylet boutonné ; au lieu de la sensation anodine qu'éprouve alors un nez sain, on éveille soit une quinte de toux convulsive, soit un réflexe pathologique équivalent, tel qu'une série d'éternuements paroxystiques.

L'épreuve négative consiste à anesthésier les zones tussigènes avec solution de cocaïne à 1/10 : puis à y renouveler les

excitations précédentes qui dès lors restent sans effet. En cas d'incertitude, on fait une variante heureuse de cette épreuve, en confiant au malade un pulvérisateur à demi-plein d'une solution de cocaïne à 1/50, avec lequel il douchera sa pituitaire, dès qu'éclatera sa toux. L'arrêt presque immédiat de la quinte exprime son origine nasale.

Sans attribuer une valeur absolue à ces deux épreuves, qui peuvent manquer dans certains nez tousseurs, cependant on doit les tenir pour concluantes, et leur donner une place classique dans le diagnostic séméiologique de la toux. Leur présence affirme la toux nasale : cependant leur absence ne l'exclue pas toujours.

∴

Diagnostiquer l'origine nasale d'une toux en atténue considérablement le pronostic. Méconnue, la toux nasale persiste indéfiniment : elle s'accroît sans cesse. Reconnue, elle cède presque toujours au traitement rationnel : parfois elle disparaît avec une étonnante rapidité. Ainsi, la malade dont j'ai rapporté l'histoire, toussait depuis onze ans : néanmoins, sa toux disparut instantanément après l'ablation d'un polype qui chatouillait sa pituitaire. Ce cas n'est d'ailleurs pas isolé. Brindel cite une femme de 62 ans qui toussait depuis un temps immémorial, et qui s'arrêta quand on lui eut extrait du nez une dent qui s'y était ectopiée pendant sa croissance. Il est curieux que, malgré les années d'excitation, il ne se fasse pas dans les noyaux du pneumogastrique la moindre sommation nerveuse, et que ceux-ci recouvrent instantanément leur régulation normale, dès que cesse l'appel qui les sollicitait à trop réagir.

∴

Il me reste à exprimer un regret. N'est-il pas au moins étrange qu'à notre époque si curieuse de pathogénie, et dotée de tant de techniques d'exploration, une malade ait pu, en

France, promener sa toux pendant plus de dix ans à travers les cabinets médicaux et les stations thermales, sans y recevoir le moindre soulagement, alors qu'il suffisait du geste opératoire le plus simple, de l'ablation de polypes du nez, pour faire instantanément cesser un syndrome qui lui rendait la vie intolérable ?

Peut-être cherchera-t-on à s'en excuser en alléguant chez elle l'absence de tout symptôme nasal : et, on ajoutera — fait qui ôte toute idée de suggestion opératoire — que la malade elle-même se refusait à croire à une influence nasale, lorsque je lui soumis l'hypothèse, parce que, à chaque coryza, sa toux, au lieu de s'accentuer, était momentanément suspendue : sédation due à ce que le gonflement de la muqueuse nasale enflammée immobilisait le polype qui, ainsi momentanément calé, ne pouvait plus titiller le trijumeau. Il y avait cependant, pour mettre fin à cette interminable erreur de diagnostic, un très simple moyen : c'était de moins disserter et de regarder dans le nez. Mais on ne le fit pas... Et une telle négligence eut comme résultat que cette femme fut soignée onze ans et toussa onze ans.

Ce fait de toux nasale est, somme toute, banal, et ne contribuera évidemment pas à l'avancement de la science. Aussi ne l'apportai-je ici que comme un document que pourra peut-être consulter la commission qui s'occupe actuellement de la réforme du stage hospitalier. Il ne suffit pas qu'un médecin apprenne à ausculter ; il doit aussi savoir lire dans un nez.

II

LES MOYENS DE CULTURE PHYSIQUE DE LA VOIX AU CONSERVATOIRE NATIONAL DE MUSIQUE ET DE DÉCLAMATION DE PARIS DÉMONSTRATION RADIOSCOPIQUE DE LA RESPIRATION VOCALE (1)

Par **M. Jules GLOVER**, oto-rhino-laryngologiste
du Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris
et de l'hôpital de Levallois, lauréat de l'Institut.

Comme médecin du Conservatoire, j'enseigne aux élèves, avec le concours des professeurs, la physiologie appliquée de la voix, par le contrôle médical continu de l'enseignement technique du chant et de la déclamation, donné dans cette école de l'Etat. Et je remplis la fonction qui m'a été confiée, en apportant, à cette Ecole, la part de contribution scientifique du médecin oto-rhino-laryngologiste à l'enseignement artistique donné par les professeurs dans la mesure et dans les limites, ou il faut sagement se tenir, ainsi que l'indique l'expérience.

Les réflexions générales qui vont immédiatement suivre constituent comme le préambule nécessaire de l'exposé d'une partie des recherches sur la physiologie appliquée de la voix que je présente aujourd'hui.

Ces recherches découlent naturellement des observations quotidiennes que, vivant au contact constant des professeurs et des élèves, il m'a été impossible de ne pas faire et accu-

(1) Mémoire présenté à l'Académie de médecine, séance du 11 juin 1907 par M. Ch. Périer et renvoyé à une Commission composée des Prof. Gariel et Dieulafoy et de M. Ch. Périer.

Ce travail avait été communiqué à la société française de Laryngologie, séance du 15 mai 1907.

muler avec les années. Le médecin du Conservatoire est naturellement conduit à faire de l'enseignement. Il ne faut pas qu'il y ait là d'ambiguité à ce sujet. Et c'est même lui seul, par la force des choses, l'intérêt moral de chacun se trouvant constamment engagé entre le conseil médical demandé et le conseil reçu, qui sera toujours naturellement, à ce point de vue, le directeur écouté, gagnant d'années en années la confiance des professeurs et des élèves et bien accueilli sans acrimonie, ni méfiance par les deux pour cette très spéciale culture physiologique de la voix.

Comment doit donc être comprise, en vue de l'enseignement, la collaboration du médecin spécialiste oto-rhino-laryngologiste du Conservatoire avec le professeur de cette Ecole lyrique et dramatique ?

Il est entendu qu'un laryngologiste, dont la carrière s'oriente vers cette spécialisation dans la spécialité, doit être aussi parfaitement instruit que possible dans tout ce qui concerne l'enseignement du chant et de la déclamation. Et je puis certifier que le médecin du Conservatoire, muni de cette éducation première, devient un excellent conseiller, dont l'expérience s'améliore chaque jour, en vue de tout ce qui a trait aux avis à donner pour le contrôle médical du travail vocal dans l'enseignement du chant et de la déclamation.

Mais je crois qu'il est anti-scientifique de voir le médecin se substituer ici presqu'entièrement au professeur de chant. Et c'est, bien entendu, pour un médecin se substituer au professeur, que faire de l'enseignement technique du chant et non pas uniquement de la physiologie appliquée au chant et à la déclamation. De même, d'autre part, je trouve regrettable qu'un professeur de chant, dans l'état présent de l'organisation de l'enseignement, se préoccupe trop uniquement de questions de physiologie. Le rôle du médecin, dans cette variété d'enseignement, est tout naturellement et simplement celui de vulgarisateur des phénomènes les plus abordables et les plus tangibles de la physiologie appliquée à la culture physique de la voix. Et j'estime, en somme, que tout enseignement moderne donné à un professionnel futur de la carrière artistique devant être avant tout concret et essentiellement pratique, il y a lieu, pour

cette vulgarisation de la physiologie, de sortir le moins possible de l'*éducation des sens* et de leur suppléance réciproque, de l'éducation de la vue, par exemple, lorsqu'il est possible, par la méthode expérimentale et utile, d'adjoindre *ce sens à celui de l'audition si précieux et indispensable* dans l'enseignement artistique donné.

Je m'expliquerai plus loin sur ce sujet intéressant.

Il est presque inutile de dire que la physiologie ou une partie minime de celle-ci ne peut s'apprendre sans une connaissance assez étendue de l'anatomie. Et l'anatomie des manuels spéciaux dans lesquels pourraient seulement s'instruire les futurs professionnels de l'art lyrique et dramatique est bien insuffisante pour aborder, avec quelques chances d'en être frappé, l'analyse d'une fonction physiologique quelconque. Or, on convient généralement qu'en faisant abstraction complète d'une certaine culture littéraire préalable et nécessaire, de quelques connaissances d'histoire, etc., qu'il serait presqu'indispensable de posséder pour entreprendre des études artistiques, le niveau d'instruction des élèves qui fréquentent le Conservatoire, quoique s'étant un peu élevé en ces dernières années, est, en général, exceptionnellement à la hauteur d'un enseignement anatomique et physiologique, à moins que celui-ci ne soit tout à fait élémentaire. Je suis bien placé pour le dire sans offenser personne et avec le consentement de tous, car aucun n'a jamais cru qu'il serait utile d'avoir des connaissances scientifiques étendues pour faire de bonnes études artistiques.

Mandl autrefois, et Gouguenheim [1], médecins du Conservatoire, avaient tenté de faire des conférences sur la physiologie appliquée de la voix aux élèves. J'ai préparé, en 1889, les planches murales nécessaires à ces conférences et j'ai assisté à

[1] BATAILLE, de 1850 à 1872 fut en même temps docteur en médecine, créa à l'Opéra le *Roi de Lahore* et l'Etoile du Nord, enfin fut professeur de chant au conservatoire. C'était bien là réaliser toutes les conditions d'une compétence avérée : la science physiologique de la voix, la pratique du théâtre lyrique, et l'enseignement officiel du chant au conservatoire. On ne signale pas pourtant qu'il soit sorti plus d'étoiles de la classe de Bataille qui avait tenté sans succès au conservatoire l'enseignement scientifique du chant, que de celles des autres professeurs.

ces leçons presqu'exclusivement goûtées par quelques étrangers au Conservatoire. Les élèves se refusaient à comprendre ce dont ils ne saisissaient pas l'utilité. Moi-même, j'ai demandé, il y a plusieurs années, sous la direction de M. Théodore Dubois, à faire des conférences sur le même sujet et, malgré tout l'attrait que j'en faisais ressortir, il m'a été conseillé de ne pas donner suite à cette idée pour la raison que je viens d'exposer. J'ai demandé encore depuis peu : il m'a été répondu que les élèves n'avaient pas le temps de suivre ces cours spéciaux ; c'est, en effet, ce qui ne pouvait pas manquer d'arriver comme autrefois.

A quoi tient cet insuccès des diverses tentatives d'enseignement de physiologie de la voix à allure certainement trop pédagogique, trop scientifique pour être utile ? Ce qu'il y a de certain, c'est que ces conférences, faites en contre-partie et à part l'enseignement du chant, ont toujours menacé de jeter comme un discrédit sur les professeurs risquant d'atténuer bien vite le prestige de ceux-ci, sans pour cela aboutir à quelque chose de mieux, vis-à-vis de l'élève qui, dès lors, manque de confiance, ne sachant plus d'où vient le mal, du médecin ou du professeur.

Médecins et professeurs de chant peuvent indéfiniment faire des conférences et des livres sur le sujet qui nous occupe avec des planches anatomiques et des explications physiologiques. Et, pour ma part, j'ai, chez l'éditeur, depuis longtemps déjà, aussi mon livre (1) avec mes dessins sur la culture physiologique de la voix. Mais il représente une partie d'un important travail collectif : *Le Dictionnaire encyclopédique du Conservatoire*, dont je suis obligé d'attendre la publication pour faire connaître intégralement mes recherches effectuées sur les élèves du Conservatoire.

Ces conférences ou ces livres peuvent être utiles, à mon sens, plutôt à des médecins spécialistes et à des professeurs de

(1) J. Glover — *Les moyens de culture physiologique de la voix au Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris*, suivi d'un essai de physiologie appliquée à l'étude de la musique instrumentale. En préparation, Delagrave, Paris.

chant érudits. Quant aux autres, je crains que ce ne soit guère que l'intérêt de curiosité qui les pousse à lire ou à écouter. Je doute du profit qu'ils en peuvent retirer.

Quand Marey fit ses belles recherches physiologiques de chrono-photographie sur la marche de l'homme à la station physiologique du Bois de Boulogne, les résultats de ces recherches ont directement intéressé l'Ecole militaire de gymnastique de Joinville et les instructeurs en ont immédiatement fait leur profit pour l'armée. Voilà la simple application pratique d'une question de culture physique mise scientifiquement au point. Faudra-t-il donc que, pour chacune des cultures physiques qu'il va s'agir de rectifier d'après des données scientifiques, on fasse des élèves, avant tout, de petits anatomistes et physiologistes ?

Sans pour cela cependant nier aucunement l'utilité de notions scientifiques bien présentées et s'adressant à qui de droit, nous verrons que, dans une école d'art comme le Conservatoire, ce sont encore les moyens de contrôle scientifique simples, pratiques, indiscutables, qu'il vaudra mieux mettre périodiquement sous les yeux des élèves et des professeurs, au cours des études, pour être réellement utile et cela en n'exigeant d'eux que des connaissances anatomiques et physiologiques restreintes et en évitant de les éloigner de leurs seules études techniques de l'art du chant et de la déclamation.

Mais ces moyens de contrôle scientifique qui nécessitent le concours du médecin du Conservatoire, constamment consulté sur les maladies de la voix et le malmenage vocal, commandent le secret professionnel et sont exclusivement du ressort du médecin de l'Ecole qui, seul, doit en confier le résultat aussi bien aux élèves qu'aux professeurs.

Raisonnons encore sur ce sujet important avant d'avancer dans cette étude : On a dit qu'à l'Ecole des Beaux-Arts florissait l'enseignement de l'Anatomie artistique autrefois fait par Mathias Duval et auquel M. Paul Richer a magistralement donné plus d'éclat encore et plus d'utilité. Mais l'enseignement de l'Anatomie artistique donné à l'Ecole des Beaux-Arts, et je parle ici en dessinateur, aux futurs peintres et statuaires, comporte uniquement l'Anatomie plastique raisonnée, l'Anatomie,

expressive avec la description et l'analyse complète de la ligne tant au point de vue de l'attitude respective d'un membre, par exemple, qu'au point de vue des attitudes compensatrices du reste du corps tout entier pour traduire une expression artistique. Il ne s'agit donc là, et j'insiste sur ce point, de la part des professeurs d'art, que de chercher à éduquer le sens de la vue chez le futur artiste. Il n'est pas besoin, pour cette science de la forme humaine au repos et dans les principaux mouvements dans ce cas, de connaissances bien développées d'anatomie interne, ni de physiologie. Il y a, en quelque sorte, une analogie seulement entre l'enseignement d'anatomie artistique existant à l'Ecole des Beaux-Arts et celui d'anatomo-physiologie, que donnera le médecin du Conservatoire. Mais il ne peut être fait entre les deux de comparaison profonde. Dans le premier cas, il s'agit d'anatomie plastique de la ligne qui s'apprend en regardant avec intelligence le modèle et, dans le deuxième cas, c'est tout une étude complexe d'anatomo-physiologie artistique appliquée de la voix, qui va nécessiter des connaissances scientifiques infiniment complexes rarement compatibles avec l'art dramatique et lyrique.

De plus, si l'on réfléchit, on conviendra de la bien douteuse utilité qu'il y aurait à parfaire l'éducation artistique autrement que par l'éducation méthodique des sens qui se sont révélés particulièrement impressionnables, exaltés et éducables chez les diverses *natures*, car le plus grand nombre des jeunes gens et des jeunes filles chez lesquels se révèle une nature artistique, lyrique ou dramatique,sont issus des milieux sociaux des plus modestes et on est obligé de constater que ce talent lyrique et dramatique naturel s'est manifesté dans ce milieu spécial spontanément, instinctivement, sans l'influence d'aucune ambiance intellectuelle, ayant pu fournir à leur esprit une culture plus ou moins développée. Voilà ce que savent bien les distingués éducateurs d'artistes, professeurs au Conservatoire. Il suffit de les voir faire dans les classes et de les entendre pour s'en convaincre. Il y a là, en ces élèves, futurs artistes lyriques et dramatiques, matière éducable d'un genre vraiment spécial, dont la nature ne semble pas devoir être améliorée par des connaissances scientifiques, mais, au con-

traire, paraît pouvoir être simplement éclairée par des procédés d'investigation empruntés à la science. Ce qui est différent, surtout si l'on se place au point de vue pratique.

C'est en me basant sur ce raisonnement général, que j'ai conçu la collaboration possible du médecin oto-rhino-laryngologiste du Conservatoire avec le professeur pour l'enseignement du chant et de la déclamation.

J'ai fait, d'une part, des recherches physiologiques sur la respiration chez l'enfant et chez l'adulte, en me plaçant dans les conditions mêmes de la vie normale et pathologique. Les résultats ont été obtenus en utilisant l'admirable ressource des rayons cathodiques, procédé simple et indiscutable, qui n'exige de la part des élèves et des professeurs de chant aucune connaissance spéciale d'anatomie interne, ni physiologique bien étendue.

D'autre part, je continue, au Laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France, des recherches physiologiques sur l'analyse de la voix, l'émission, la pose de la voix, l'articulation et le traitement des vices d'émission, d'accentuation et d'articulation vocale, en mettant à profit, encore dans le même ordre d'idées, les données précieuses que nous offre la Phonétique expérimentale. Ce procédé d'études et de contrôle de l'enseignement du chant et de la déclamation ne nécessite pas non plus de la part des élèves et des professeurs des connaissances anatomo-physiologiques très complètes puisqu'il s'agit ici de la lecture de graphiques assez aisément explicables.

Ces différentes recherches ont été et sont encore faites à l'hôpital et au laboratoire toujours sur les sujets du Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris, au début, au cours et à la fin de leurs études, ainsi que plus tard dans la carrière artistique, soit dans l'enseignement, soit au théâtre.

En ce qui concerne la respiration, j'ai étudié, au Conservatoire de Paris, en particulier, *recherches qui n'avaient été faites jusqu'ici par personne avant moi, dans cette école de l'Etat*, la respiration vocale par l'examen radioscopique du thorax. Chacun de mes examens a été suivi de l'établissement d'un tracé fait rapidement au calque directement

sur l'écran fluoroscopique. Le premier calque constitue la première pièce d'un dossier individuel pour les examens successifs. Ces examens pratiqués sur les élèves m'ont permis de contribuer à rendre bien des services et de chercher à établir quelques données sur la culture physiologique de la voix, suivant chaque sujet, en tenant compte des diversités anatomo-physiologiques de chaque individu.

Sans vouloir attacher à ce moyen de contrôle physiologique plus d'importance qu'il n'en comporte, nous trouvons que c'est un procédé de plus et non des moins bons de rendre la rééducation physiologique des voix méthodique, du moins en ce qui concerne la rééducation respiratoire, son accommodation, qui se raisonne dès lors, *en voyant*, en regardant directement les viciations respiratoires, sans se perdre en pures vues de l'esprit, en interprétations complexes, conventionnelles des faits, tant par les élèves que par les professeurs.

Au professeur et à l'élève artiste, vous laissez l'enseignement et l'éducation artistique, médecin du Conservatoire, vous n'intervenez au cours de cette variété de culture physique que pour orienter, rééduquer ou redresser une erreur commise au détriment des lois de la nature et cela en montrant d'une façon tangible et frappante les faits, sans avoir besoin d'exiger de ceux qui vous écoutent autre chose que la vue et l'oreille, sans avoir besoin d'avoir fait préalablement de vos auditeurs de bien grands anatomistes et physiologistes, ce qui n'ajouterait rien à leur art.

J'insiste sur l'intérêt méconnu de cette méthode d'exploration de la respiration vocale par la radioscopie thoracique chez l'élève devant le professeur, lorsque cela est possible. Car outre sa précision indiscutable, elle permet un contrôle irréfutable pour les deux à la fois ; elle s'effectue de la façon la plus discrète, tant en ce qui concerne l'élève qu'en ce qui touche le professeur. Chaque fois, l'un s'est mieux adapté à l'autre. La confiance réciproque bénéficie de ce procédé de vérification du travail. Et il n'y a plus cette acrimonie, cette méfiance qui résulte forcément de tout autre moyen employé dans cette Ecole, en vue de l'amélioration de l'enseignement du chant et de la déclamation. Or, j'ai la conviction, connaissant d'une façon

spéciale la mentalité du monde des artistes lyriques et dramatiques, qu'il y a lieu, pour aboutir et réaliser un enseignement utile et possible, de sauvegarder le prestige du professeur vis-à-vis de l'élève et de ne pas orienter la confiance de l'élève plus vers le médecin que vers le professeur.

*
*

La radioscopie thoracique constitue un moyen intéressant et précieux d'exploration physiologique de la respiration. Il rend les plus grands services dans l'exploration comparée de la respiration normale et pathologique chez l'enfant et chez l'adulte. En ce qu'il fait connaître le mode d'ampliation thoracique dans tous les sens, où ce mode doit se produire, il a tout spécialement fixé mon attention pour l'exploration de la respiration vocale des élèves au Conservatoire de musique et de déclamation en vue du contrôle physiologique du travail vocal. A ce point de vue, il est différent de la spirométrie, de la pneumographie même intercostale et des simples mensurations périthoraciques. La spirométrie, en effet, permet bien de connaître la quantité d'air qu'il est possible d'introduire dans les poumons par une inspiration profonde, la quantité d'air résidual, qui demeure dans la cavité respiratoire à la fin d'une expiration forcée. Mais l'exploration spirométrique ne permet pas d'établir, ce qui nous intéresse avant tout, aux dépens de quel diamètre thoracique soit vertical, soit transversal, soit antéropostérieur, se produit cette introduction de l'air, autrement dit les détails du mode respiratoire.

Quant à la pneumographie, aux mensurations péri-thoraciques, elles ne donnent aucune indication sur l'ampliation respiratoire de la cavité thoracique dans le sens vertical pour l'appréciation de la respiration diaphragmatique.

Enfin, la radioscopie thoracique permet, fait très important dans le contrôle du travail vocal, de reconnaître le mode de ménagement de l'air, lors de l'expiration dans le chant.

Je ne veux pas m'étendre ici sur les détails de l'exploration radioscopique du thorax dans la respiration vocale. Pour en

marquer tout l'intérêt scientifique, j'exposerai seulement les idées générales suivantes : Nous savons tous que ce serait une grave erreur physiologique que de confondre la respiration réflexe et inconsciente, comme celle du sommeil, par exemple, avec l'acte thoracique du chanteur, ménageant l'air qu'il a inspiré en pleine volonté de son effort et qui doit sortir avec une lenteur calculée pour permettre de dire ou de chanter des phrases d'une certaine étendue. La respiration du dormeur est bulbaire, involontaire, celle du chanteur ou de l'orateur, de l'artiste dramatique, etc., est cérébrale. C'est une respiration volontaire. Je suis tout à fait d'avis que des professeurs de chant du Conservatoire ou libres parviennent à réaliser chez les élèves le type respiratoire qu'ils ont adopté pour eux. J'ai observé, en outre, que, sans tenir compte des aptitudes organiques et physiologiques infiniment variables des sujets, presque tous constitués d'une façon relativement différente, et éduqués dès l'enfance par atavisme au point de vue respiratoire dans un sens donné, la même méthode respiratoire est appliquée par des professeurs d'âge variable aux sujets les plus différents, dans les attitudes les plus diverses, même lorsque celles-ci changent le mode d'ampliation thoracique.

Et dans le même ordre d'idées, je voyais encore ces jours-ci un artiste qui, examiné de profil devant l'écran fluoroscopique, réalisait à volonté et sans grande difficulté deux modes respiratoires. Dans une première manière à type costal supérieur, il portait le sternum en avant et le diaphragme avec la plus forte inspiration ne s'abaissait qu'incomplètement, le creux épigastrique se déprimant légèrement.

Dans une seconde manière à type latéral inférieur et diaphragmatique, le sternum restait en place ; mais le diaphragme avec la plus forte inspiration, s'abaissait de plus de 4 centimètres au-dessous de la limite qu'avait atteint ce muscle avec la première manière. Dans cette seconde manière, le creux épigastrique était légèrement en saillie. Les deux manières avaient été enseignées par des professeurs différents. La seconde manière, suivant l'expression de l'artiste, était celle qui le mettait « en bonne tessiture respiratoire », à son aise. Avec la première, au contraire, il gagnait, à la longue, de la conges-

tion des cordes, de la fatigue et d'autres malaises, comme la tendance à l'asphyxie visible, du reste, sur l'écran à l'aspect du cœur comparativement examiné, dans les deux cas.

Ceci n'est pas difficile à comprendre pour les initiés à ces délicates analyses de la respiration vocale.

Seule, dans ce cas, la radioscopie a permis de se rendre compte et de l'ampliation large et facile des parties inférieures et latérales de la paroi thoracique et surtout de l'abaissement maximum du muscle diaphragme.

Ainsi donc, sans entrer dans les détails de l'exploration radioscopique du thorax, puisque, par l'entrainement, on peut adopter un mode respiratoire, que l'on sache qu'il est, par ce moyen, possible de montrer bien simplement au début, au cours des études, à un professeur et à ses élèves en même temps, comme contrôle physiologique du travail vocal, les vices ou les troubles respiratoires, s'ils existent. Il est possible alors de faire un choix en vue de la technique d'enseignement du chant à suivre, entre les moyens respiratoires constatés sur le sujet. Car sur l'écran fluoroscopique, on observe très aisément dans tous leurs détails, de face ou de profil, les différents types de respiration vocale : diaphragmatique, latéral, inférieur et latéro-costal, enfin costo-supérieur, associés de façon infiniment variable avec prédominance fréquente de l'un d'entre eux sur les autres.

Dès lors, dans les cas de disproportions anatomiques et de défaut de concordance des organes de l'appareil phonétique, on pourra montrer à l'intéressé, lors de l'examen radioscopique, dans une glace et sur les calques de l'image radioscopique d'une façon très précise, ce que l'on ne fait que supposer et éviter ainsi de graves maladies de la voix.

Ainsi une puissante soufflerie pulmonaire faisant fonctionner un appareil phonétique anatomiquement conformé et fonctionnant physiologiquement pour évoluer dans le registre supérieur sera, après un examen radioscopique, très logiquement accommodé aux besoins du larynx et des anches vibrantes, des résonnateurs et de l'ébranlement général de la colonne aérienne en vibration. Et *vice versa*, quoique dans le cas con-

traire, les inconvénients sont moindres ou du moins ne se produisent qu'à la longue.

Ainsi encore pourra être reconnue plus sagement une aptitude vocale anatomique et physiologique. Le classement et le reclassement des voix au cours des études de chant, relèvera d'un moyen scientifique de contrôle anatomo-physiologique de plus.

On s'aidera, bien entendu, parallèlement à l'examen radiothoracique des résultats fournis par l'exploration des cavités résonnantes et anches vibrantes. Nous savons que, sans pour cela attacher à l'exploration rhino-pharyngo-laryngoscopique trop d'importance, ni être trop affirmatif, il semble exister à côté de la caractéristique artistique de la voix établie sur audition, une caractéristique médicale anatomo-physiologique des voix, qui ressort de l'examen d'un spécialiste bien entraîné et exercé à ce genre d'exploration, nécessitant une compétence assez particulière, facile à gagner au Conservatoire.

C'est fort bien de dire à un élève : les aptitudes organiques de votre instrument vocal ne se prêtent pas au rendement que votre professeur exige de vous. L'élève vous croira sur parole, mais pourra-t-il toujours faire différemment de ce qu'il fait. Il ne *voit* pas les raisons du défaut dans le classement vocal conventionnel maintenu par son maître. Ce sera donc mieux, encore, si le conseil médical peut être donné à coup plus sûr et plus démonstratif en ce qui concerne la respiration vocale par la radioscopie thoracique. On *montrera* à l'élève, au professeur, qu'avec une soufflerie trop faible pour une anche vibrante donnée, il faut s'habituer à l'agrandissement de tous les diamètres de la cage thoracique, même si la respiration diaphragmatique, si en honneur, semble parfaite. Et *vice versa*, une voix habituée à se maintenir dans les tables d'harmonie supérieure, un ténor léger, une soprano aiguë présentant une ampliation thoracique trop développée pour des cordes vocales de faibles dimensions, des résonnateurs étroits, il y aura lieu de montrer les inconvénients à redouter d'un acte respiratoire trop violent. On accommodera sous les yeux la respiration au travail vocal à fournir.

*
* *

Pour tout ce qui touche à l'émission, la pose de la voix, la résonnance et le timbre, l'accentuation vocale et le traitement des troubles de l'émission de la voix, de l'articulation et de la prononciation, c'est encore par un contrôle physiologique de la culture physique de la voix parlée et chantée, basé sur une méthode faisant appel au sens de la vue, qu'il faut avoir recours. Et il n'est pas pour cela besoin, ainsi qu'on va le voir, d'exiger du sujet des connaissances anatomiques et physiologiques bien spéciales et étendues.

La phonétique expérimentale tout d'abord par la méthode graphique de Marey et ensuite par l'exploration acoustique à l'aide du tonomètre et le calcul des vibrations sur les tables acoustiques va permettre d'établir les nuances les plus délicates non seulement dans l'analyse de la parole et du chant, mais encore dans le traitement méthodique des troubles de l'émission, de l'articulation de la voix parlée et chantée.

La Phonétique permet par exemple d'étudier et d'analyser de très près l'articulation musicale de la parole : la hauteur musicale, l'intensité musicale, la durée musicale.

La hauteur musicale que l'on peut aisément mesurer en phonétique se prête à l'accent musical, et aussi à la modulation musicale du vers, de la prose et même de la parole dans la conversation. *L'analyse graphique du style*, aussi bien en littérature musicale qu'en prose, en poésie, facilite la mise en évidence de toutes les qualités rhythmiques, l'explication de la genèse des accords et l'application variée de l'harmonie.

En somme, elle montre, au point de vue qui nous occupe, la personnalité de l'œuvre et de son auteur. Il y a là une application directe aussi à la composition musicale et enfin surtout à l'amélioration de l'interprétation des grandes compositions par les artistes lyriques.

Un interprète imparfait, à la *lecture* des graphiques enregistrés, va pouvoir étendre ses moyens vocaux. Ainsi une sélection plus large de bons interprètes pourra en quelque sorte s'établir par la vue, venant chez eux s'adjoindre à l'oreille dans le cas ou celle-ci présenterait quelques caractères d'insuffisance.

D'autre part, en poésie par exemple, « cette langue accentuée

du vers », selon l'expression de Lamartine, qui donne du son et de la couleur à l'idée et qui vibre peut-être à cause de cela, quelques jours de plus que la langue vulgaire dans la mémoire des hommes, dans notre admirable poésie française, le vers est une succession parfaitement musicale de brèves et de longues, exactement enregistrables par l'expérimentation en phonétique.

C'est ainsi qu'enregistrer Boileau dit devant l'appareil, avec la précision qu'il comporte, toujours par un excellent artiste, fait vite constater le vers défectueux, bien entendu au point de vue musical et non point prosodique. C'est souvent sec, froid, dur et sans couleur.

Au contraire, enregistrer les beaux rythmes, le beau style de Racine, ou encore la jolie couleur de Musset, c'est montrer l'allure toute musicale et pleine d'harmonie de ce qu'est le beau vers français.

Il faut donc ne pas être un visuel en écrivant, mais un auditif, un acousticien, si le mot existait :

Et c'est ainsi qu'en lisant, on peut alors *voir* un défaut ; cela vous « saute aux oreilles », selon l'expression courante faussement d'habitude appliquée à la vue dans le cas particulier.

L'enregistrement de l'*intensité musicale* est chose possible pour la vue. Et l'on peut faire *voir* en phonétique expérimentale, malgré les difficultés, et montrer dans quelle mesure le son est appuyé.

Enfin la *durée musicale*, la longueur des intervalles, la conciliation des temps dans la succession rhytmique des longues et des brèves du vers, en poésie, en composition musicale, sont du domaine des phénomènes analysables par l'interprétation en phonétique expérimentale.

Comme on le voit en physiologie appliquée de la voix de même que la radioscopie thoracique pour l'exploration de la respiration vocale peut rendre d'importants services, de même la phonétique expérimentale appliquée peut aussi être utilisée pour l'analyse de la voix parlée et chantée, l'étude visuelle de l'émission, de la pose de la voix, de l'accentuation vocale, dans l'orientation de l'enseignement artistique, lyrique et dramatique.

Résumé. — En résumé : 1° Je crois avoir démontré qu'en raison du contact continu des élèves et des professeurs avec le médecin du Conservatoire, il est nécessaire que, connaissant particulièrement les besoins des élèves qui le consultent chaque jour pour les maladies de la voix et le malmenage vocal, connaissant la mentalité de tous, ce soit lui qui soit chargé, s'il y a lieu, de faire les cours ou conférences de physiologie élémentaire appliquée, et d'hygiène de la voix au Conservatoire.

2° En outre, il est désirable aussi qu'en raison de la discrétion qu'il y a lieu d'apporter au contrôle médical du travail vocal artistique, pour éviter de jeter sur l'enseignement des professeurs un discrédit, atténuant leur prestige vis-à-vis des élèves, qui de plus perdraient toute confiance et seraient désorientés ; en raison aussi de la nécessité du secret professionnel à garder sur un examen médical, qui peut, s'il est connu dans ses résultats, amoindrir la valeur du sujet encore en cours d'études et entraver plus tard sa carrière, il est à souhaiter que ce soit le médecin du Conservatoire, qui soit seul chargé du contrôle physiologique de l'enseignement du chant et de la déclamation.

3° En outre des moyens techniques d'examen à la disposition du médecin oto-rhino-laryngologiste, spécialement entraîné à ce genre d'exploration et concernant l'établissement des différenciations anatomo-physiologiques et du défaut de concordance des organes de l'appareil phonétique avec la soufflerie pulmonaire, presque chez chaque individu pour un rendement donné, je propose deux méthodes d'exploration scientifique, qui n'ont pas encore été employées dans le cas particulier et qui m'ont donné au Conservatoire de Paris de précieux résultats.

4° Ces méthodes d'exploration et de contrôle physiologiques du travail vocal sont : en ce qui concerne la respiration vocale, la *radioscopie thoracique* et en ce qui a trait à l'émission, la pose de la voix, l'articulation vocale, etc., la *méthode graphique*, voir même la tonométrie, moyens scientifiques, qu'offre la phonétique expérimentale appliquée pour le perfectionnement de l'enseignement artistique lyrique et dramatique.

5° La radioscopie thoracique et la méthode graphique en phonétique expérimentale appliquée, sont des moyens de contrôle du travail vocal qui s'adressent simplement au sens de la vue.

6° Les professeurs et les élèves, à l'aide de ces deux moyens de contrôle pourront vérifier eux-mêmes, avec le médecin, les aptitudes organiques et fonctionnelles de l'appareil vocal pour un rendement donné, sans pour cela qu'ils aient besoin de connaître l'anatomie et la physiologie appliquée de la voix dans tous leurs développements.

7° La radioscopie thoracique fait connaître le mode suivant lequel s'effectue le ménagement de l'air durant l'expiration dans le chant. Elle permet de *voir*, d'autre part, les détails du mode d'ampliation thoracique dans tous les sens. Comme moyen d'exploration de la respiration vocale, elle est donc supérieure à la spirométrie, qui fait seulement connaître la quantité d'air inspiré, expiré et l'air résidual, mais sans montrer aux dépens de quel diamètre thoracique, soit vertical, soit transversal, soit antéro-postérieur se produit cette introduction de l'air dans les poumons.

La radioscopie thoracique est encore supérieure à la pneumographie même intercostale et aux mensurations péri-thoraciques, qui ne donnent aucune indication sur l'ampliation respiratoire de la cavité thoracique dans le sens vertical pour l'appréciation du mode de respiration diaphragmatique.

8° La phonétique expérimentale, par la méthode graphique, permet d'établir les nuances les plus délicates, non seulement dans l'analyse de la parole et du chant, mais encore pour le traitement méthodique des troubles de l'émission, de l'articulation de la voix parlée et chantée. La phonétique permet par exemple, d'étudier et d'analyser de très près l'accentuation musicale de la parole : la hauteur musicale, l'intensité, la durée musicales.

Conclusion. — En raison de ce que, d'une part, il serait souhaitable que l'Etat, assumant vis-à-vis des élèves, qui parfois reçoivent des bourses, toutes les charges de l'enseignement artistique donné au Conservatoire, fût renseigné, comme il l'est pour les autres grandes Ecoles, chaque année, à la suite

d'un examen médical obligatoire de tous les élèves admis et sache si, à côté des qualités vocales qui déterminent seules aujourd'hui l'admission et le maintien en cours d'études, chaque élève réalise et continue à réaliser tous les caractères physiques de santé générale et de bonnes aptitudes organiques et fonctionnelles de l'appareil phonétique, permettant d'entreprendre et de poursuivre utilement une éducation artistique lyrique et dramatique ; en raison, d'autre part, de ce qu'il y a lieu d'initier chacun à des notions scientifiques susceptibles de faire connaître, d'une façon très élémentaire, la structure et le mécanisme du fonctionnement normal et régulier de l'appareil vocal par des méthodes d'exploration empruntées à la science et permettant de *surveiller surtout* comment se comportent ces organes durant l'entraînement, en cours d'études, nous avons l'honneur d'émettre respectueusement le vœu, qu'il plaise à M. Dujardin-Beaumetz, sous-secrétaire d'Etat des Beaux-Arts, et à M. Gabriel Fauré, directeur du Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris, d'établir de fait pour les médecin en fonction du Conservatoire, tout désignés pour cela, à cause de leur contact continu avec les professeurs et les élèves, la charge d'un enseignement réglementé, obligatoire, des éléments très résumés d'anatomie des organes de la parole, de la physiologie appliquée et de l'hygiène de la voix en première année d'étude, sous forme de l'exposé des résultats d'un contrôle physiologique du travail vocal qui serait effectué au début et périodiquement durant les études à l'aide des moyens d'investigations scientifiques les plus simples et pratiques à notre disposition.

Un examen physique pratiqué, comme pour les autres Ecoles (Saint-Cyr, Polytechnique, etc.) avant l'admission définitive et annuellement ensuite pour le maintien en cours d'études, répondrait à tous les désiderata. Car parmi les élèves du Conservatoire, il s'en trouve qui sont atteints d'affections chroniques des voix respiratoires et de l'appareil circulatoire, etc., qui ne feront jamais de bons artistes lyriques et dramatiques.

Et, en somme, une des grandes causes du malmenage vocal est moins l'ignorance de la physiologie appliquée de la voix

que l'imparfait recrutement des élèves [1]. Enfin, je dois dire, en terminant, que pour tout ce que j'écris ici, je suis entièrement d'accord avec mon confrère et ami, le Dr Poyet.

[1] Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que cette Commission a arrêté, dans la séance du 9 juillet, les termes des conclusions de son Rapport. Souhaitant que la culture de la voix soit physiologique et n'envisageant le sujet qu'au point de vue tout à fait général, elle décide cependant qu'il est inutile, sinon nuisible et susceptible de désorienter fâcheusement et sans résultat meilleur les élèves, d'adjoindre un enseignement pédagogique de la Physiologie à proprement parler à l'enseignement technique dans toutes les écoles de l'Etat où l'on s'occupe de la culture professionnelle de la voix. Et, considérant qu'il y a une réforme nécessaire à établir, elle s'en remet aux décisions possibles et réalisables du dernier Congrès de Laryngologie de Paris, au cours duquel, dans la séance du 15 mai 1907, fut communiqué le travail que l'on vient de lire et souhaite qu'un contrôle médical du travail vocal des élèves soit fait au début et au cours des études techniques par les deux médecins laryngologistes du Conservatoire, suivant le vœu même du Congrès des Laryngologistes.

III

INSPECTION OTOLOGIQUE DES ECOLES MUNICIPALES DE NANCY

Par

P. JACQUES et **A. DURAND**,

Professeur agrégé — Aide de clinique laryngologique

à l'Université de Nancy.

Conformément à l'arrêté préfectoral de Meurthe-et-Moselle, en date du 19 décembre 1905, portant règlement sanitaire des Ecoles municipales de Nancy, règlement élaboré par le Dr Paul Parisot, sous-directeur du Service médical d'hygiène (1); vu la loi municipale du 5 avril 1884, articles 94 et 97, fut créée une inspection médicale municipale.

Confirmant et précisant les idées émises par l'auteur du règlement relativement à l'hygiène scolaire, les Drs Rohmer, professeur de clinique ophtalmologique, et Jacques, chargé de clinique laryngologique à l'Université de Nancy, attirèrent, pour leur part, l'attention des pouvoirs publics, sur le haut intérêt pratique qu'il y aurait à annexer à l'examen médical général des écoliers, une inspection spéciale portant sur les organes de la vue et de l'ouïe.

Le Comité consultatif du Bureau d'hygiène approuva leur proposition, et créa, en dehors des médecins ordinaires des Ecoles, chargés de l'inspection, deux médecins inspecteurs spéciaux, l'un pour les yeux, et l'autre pour les oreilles et la gorge, assistés chacun d'un médecin-adjoint.

L'Inspection oto-laryngologique, confiée aux Drs Jacques et Durand, par arrêté municipal en date du 17 janvier 1906, commença à fonctionner le 1er mars de la même année.

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mars 1906.

VILLE DE NANCY

SERVICE MÉDICAL DES ÉCOLES

BULLETIN DE SANTÉ

Nom ______________________ *Domicile* ______________________ *Vacciné le* ______________________

Né le ______________________ *Profession des parents* ______________________ *Revacciné le* ______________________

Visites	Constitution générale (1)	Taille (2)	Périmètre thoracique (3)	Poumon cœur	Organes abdominaux (4)	Colonne vertébrale et extrémités	Yeux et acuité visuelle (5)	Oreilles et ouïe	Nez, bouche pharynx
Visite générale d'Octobre.									
Visites mensuelles.									
Visite générale de Mars.									
Visites mensuelles.									
Visite générale de Juillet.									
Observations.									

(1) Si la constitution générale est assez bonne on la désignera par le chiffre 1.
Si la constitution générale est mauvaise (diathèses prononcées ou maladies chroniques), on la désignera par le chiffre 2.

Observations prises si le médecin le juge à propos { (2) La taille doit être prise avec les souliers. (3) Le périmètre thoracique doit être pris en passant par les mamelons et le milieu de l'omoplate.

(4) Dans la colonne : Organes abdominaux, indiquer : hernie, éventration.

(5) L'examen de l'acuité visuelle sera pris, pour chaque œil, séparément et à l'aide d'un tableau d'essai.

Suivant le règlement proposé, la visite des écoles par les médecins-inspecteurs devait avoir lieu trois fois l'an ; mais cette périodicité relativement fréquente, parut, en ce qui concerne du moins les spécialistes, pouvoir être, sans inconvénient, restreinte à deux visites annuelles, l'une, principale, effectuée à la rentrée d'octobre, l'autre, complémentaire, fixée à la fin de l'année scolaire.

La population scolaire municipale de Nancy comprend environ 10.500 enfants, répartis en quinze groupes, comportant chacun une école de filles, une école de garçons (de 5 à 13 ans) et une école maternelle pour les enfants de 5 ans et au-dessous ; il faut y ajouter trois écoles supérieures, se composant de jeunes gens ou jeunes filles de 13 à 17 ans.

L'objet de notre inspection était de répartir les enfants examinés en deux classes :

1° Sujets à fonctions auditive ou respiratoire suffisantes et 2° sujets à fonctionnement défectueux du nez, de la gorge et des oreilles.

Ces derniers devaient posséder un bulletin de santé individuel, dont nous donnons un type ci-dessous, mentionnant les observations des médecins généraux et des spécialistes. Ce bulletin restait entre les mains du Directeur de l'école. Ces enfants recevaient, en outre, un avis individuel, signé du médecin et du directeur, informant leurs parents, qu'en raison d'une anomalie dans le fonctionnement de l'organe auditif ou des premières voies respiratoires, l'intervention d'un médecin spécialiste devenait nécessaire.

VILLE DE NANCY

SERVICE MÉDICAL DES ÉCOLES

A

Il résulte de l'examen médical de votre enfant qu'il souffre d(1) ____________________

Vous êtes invité à le faire soigner.

Le ____________ *19* ____

Le Médecin de l'École, Le Directeur de l'École,

(1) Indiquer la nature de la maladie.

On remarquera que le but assigné à notre examen ne consistait ni dans la recherche exclusive des végétations adénoïdes, ni dans le simple examen de l'audition ; nous avons cru plus rationnel de faire porter nos recherches, non seulement sur l'état anatomique de l'oreille, mais encore sur les altérations éventuelles de la muqueuse des premières voies respiratoires. En effet, l'étude de l'appareil auditif envisagé isolément, si elle permet d'apprécier l'importance des lésions et le degré des troubles fonctionnels, ne saurait fournir ni une explication pathogénique suffisante, ni des indications thérapeutiques causales.

D'autre part, la simple constatation par un procédé d'examen quelconque d'une augmentation de volume de l'amygdale pharyngée (en admettant du moins qu'il faille considérer cette hypertrophie comme synonyme d'adénoïdisme, et nous nous expliquerons plus loin à ce sujet), augmentation de volume qui n'implique pas nécessairement des conséquences fâcheuses pour l'ouïe ou la respiration, non plus que l'urgence d'une intervention ne saurait prétendre résumer dans l'adénotomie toutes les indications du traitement.

L'importance considérable de la population des écoles municipales de Nancy, ne permettait pas *a priori* de songer à un examen individuel complet des oreilles, de la gorge et du nez de tous les enfants sans distinction ([1]). Il était donc indispensable de faire précéder l'examen médical d'une sélection basée sur les signes objectifs et l'interrogation des enfants. Pour ce premier travail éliminatoire, la collaboration de l'instituteur nous a semblé, comme à Delsaux, tout à fait acceptable et légitime.

Quelques jours avant la date fixée pour la visite des écoles, nous nous sommes rendus chez le Directeur, et nous l'avons initié au but de notre inspection et aux moyens que nous comptions mettre en œuvre. Après lui avoir rappelé l'intérêt considérable qu'il y avait, pour l'enseignement à l'école aussi bien que pour la conduite ultérieure de la vie des enfants, à dépis-

([1]) En comptant seulement cinq minutes par élève, l'inspection des écoles municipales, au point de vue laryngologique, aurait exigé 90 journées de 10 heures.

ter la surdité commençante, alors que son cours peut être interrompu, nous attirions son attention sur les signes extérieurs les plus communs de l'altération des premières voies respiratoires, connexe des altérations de l'appareil auditif ; puis nous lui remettions un certain nombre de formules imprimées analogues au type ci-dessous, où les troubles les plus communs et les plus caractéristiques des lésions rhino-pharyngiennes et otiques servaient de rubriques sous lesquelles le maître, dans chaque classe, devait noter le nom des élèves offrant quelqu'une des particularités signalées :

École ....

..........me *classe* ....

Noms des enfants suspects	Surdité	Ecoulement d'oreille	Douleurs d'oreille bourdonnements	Respiration buccale	Saignements de nez, rhumes de cerveau	Apathie intellectuelle	Ganglions

En outre, une instruction lui était remise pour procéder à une épreuve éliminatoire des capacités auditives de tous les élèves sans distinction :

VISITES SANITAIRES SCOLAIRES

INSTRUCTIONS DU Dr JACQUES, MÉDECIN-SPÉCIALISTE

Pour éviter une perte de temps préjudiciable à tous, le Directeur est prié de signaler à l'attention du médecin-inspecteur les enfants atteints d'une anomalie de :

1° L'Audition. — *Le Maître, étant dans sa chaire, fait placer chacun des enfants au point le plus reculé de la classe, et l'engage*

à répéter après lui divers mots usuels ou nombre prononcés à voix ordinaire. L'épreuve sera faite séparément pour chacune des oreilles, l'autre étant fermée avec le doigt. Les enfants, qui ne pourraient répéter exactement chacun des mots prononcés, seraient notés pour être soumis à l'examen du médecin, qui déterminera le degré et l'origine de la surdité. Devront lui être également soumis, les sujets atteints de bourdonnements, douleurs ou écoulements d'oreilles.

2° La Respiration *et* la Phonation. — *Signaler les enfants respirant habituellement par la bouche, ayant l'haleine courte, la voix ordinairement enrouée ou nasillarde, des maux de tête fréquents, une inattention ou une apathie intellectuelle particulières, des saignements de nez ou rhumes de cerveau récidivants, etc.*

Dans les Ecoles maternelles, *signaler les enfants dont les oreilles coulent, qui présentent une sécrétion nasale très abondante, qui tiennent habituellement la bouche ouverte; noter également ceux qui sont distraits, une légère surdité étant souvent la cause première de la distraction, enfin ceux qui portent des ganglions cervicaux particulièrement développés.*

On observera que le critérium adopté pour caractériser l'insuffisance auditive, doit être considéré comme assez peu sévère, et visant uniquement à satisfaire aux exigences de l'enseignement scolaire. Les dimensions moyennes, du point le plus éloigné de la classe à la chaire du maître, n'excèdent guère 10 mètres; cet éloignement de 10 mètres, comme distance maxima exigée pour l'audition distincte de la voix parlée, dans des locaux à acoustique relativement bonne, ne correspond naturellement pas à l'acuité auditive normale. Des épreuves plus sérieuses et plus délicates ne sauraient intervenir que dans des examens individuels, et nous auraient entraînés d'ailleurs à une élimination hors de proportion avec le but à atteindre, étant donné qu'une acuité normale des deux oreilles peut être considérée comme exceptionnelle chez un individu sain.

C'est pour des raisons du même ordre pratique, que nous avons circonscrit nos recherches à l'exploration de l'ouïe pour la voix parlée, sans faire intervenir les divers acoumètres ou la voix chuchotée. Il s'ensuit que les résultats que nous donnons, n'impliquent nullement, pour les élèves non signalés, une audition absolument normale, mais simplement une acuité audi-

tive suffisante pour leur permettre de profiter efficacement du séjour à l'école [1].

Malgré la similitude des instructions remises aux différents directeurs, la proportion des enfants désignés pour nous être soumis a varié, comme il fallait s'y attendre, dans des limites assez étendues atteignant parfois un tiers de la population scolaire et tombant en d'autres cas au 1/10 et même en un cas au 1/20. Il faut y voir un reflet des opinions ou des préjugés répandus dans le public relativement à l'importance attachée à l'intégrité des fonctions des premières voies respiratoires et de l'appareil auditif.

Les examens étant pratiqués à l'école même, c'est-à-dire dans un local nullement aménagé en vue d'un examen laryngologique en série, force nous a été de simplifier au maximum l'appareil instrumental. L'impossibilité où on se trouve en pareil cas de faire exécuter un nettoyage et une stérilisation extemporanés des instruments d'exploration interdisait l'emploi des miroirs et obligeait à réduire à l'état d'exception l'usage des divers spéculums. Grâce à l'éclairage électrique frontal nous avons pu, chez tous les enfants, examiner tympans et conduits auditifs, bouches et oro-pharynx, fosses nasales à la rhinoscopie antérieure par relèvement du lobule. A qui possède une certaine expérience de la clinique oto-laryngologique, les signes révélés par cette exploration un peu rudimentaire ne trompent guère si l'on y joint ce que dénotent l'habitus, la voix, le teint, la conformation de la face, etc... Bien rarement, les diagnostics portés lors de cette revision se sont vus infirmer à l'examen plus complet que nous eûmes presque toujours à pratiquer dans notre service de l'hôpital, chez les enfants signalés à leur famille comme susceptibles de traitement.

D'ailleurs, disons-le de suite, il nous paraît assez superflu de porter un diagnostic anatomique précis. Dans une inspection

[1] Nous sommes heureux de constater le bon accueil fait par tous les directeurs d'école à nos démarches et la bonne volonté témoignée, en général, par les maîtres à prêter leur concours à l'œuvre entreprise. Il est juste pourtant de remarquer que l'interprétation individuelle de nos instructions s'est montrée assez variable suivant les écoles et les maîtres

d'école, l'essentiel est de reconnaître si oui ou non un enfant est atteint soit d'une lésion de l'ouïe, soit d'une affection y prédisposant. C'est ainsi que nous avons jugé, considéré comme n'étant pas indispensable la constatation matérielle de l'existence de végétations adénoïdes, constatation qui aurait exigé soit la rhinoscopie postérieure, soit le toucher pharyngien : nous avons dû nous abstenir de la première pour une question d'instrumentation, et nous avons cru bien faire de laisser de côté l'exploration digitale du cavum comme inutilement brutale et traumatisante. Il importe peu, en effet, de savoir à quel degré l'amygdale pharyngée est augmentée de volume; mais ce qui est essentiel à constater, c'est sa dégénérescence inflammatoire, que le toucher naso-pharyngien est tout à fait inapte à nous faire apprécier. Les végétations obstruantes marquent trop évidemment leurs stigmates sur le visage de leur porteur pour qu'il soit bien désirable de vérifier leur présence ; quant aux hypertrophies de moyen volume, elles n'impliquent un état pathologique, qu'autant qu'elles se compliquent d'infection chronique susceptible de se propager aux organes voisins ou sous-jacents ; et cette infection, l'examen oral du pharynx, l'examen narinal du nez permettent d'en apprécier suffisamment les signes (rougeur, sécrétion, tuméfaction) pour autoriser des conclusions légitimes.

Aussi avons-nous bien des fois substitué dans notre rapport le terme de rhino-pharyngite chronique à celui de végétations, quand celles-ci ne pouvaient être affirmées avec une certitude matérielle, comme y équivalant pratiquement.

Ce que nous venons de dire des moyens d'exploration adoptés, fait assez connaître que les conclusions d'une telle inspection ne sauraient prétendre à une rigueur véritablement scientifique. Les chiffres que nous donnons ci-dessous n'offrent qu'un intérêt documentaire ; nous ne prétendons nullement qu'ils fournissent des indications précises sur la fréquence de l'adénoïdisme dans la région de l'Est ; d'ailleurs, faut-il le répéter, il est oiseux, à notre sens, autant qu'irréalisable d'établir une démarcation tranchée, chez les enfants surtout, entre l'état normal et l'hypertrophie adénoïdienne de la tonsille de Luschka : c'est ce qui explique les divergences énormes signalées par Bur-

ger entre les résultats des statistiques des différents auteurs, résultats qui varient de 3 à 40 °/₀. C'est une conception qu'il faut laisser au public, et aux médecins ignorants de la spécialité, de n'estimer l'urgence d'une adénotomie qu'en se basant sur le degré d'obstruction : tel cavum granuleux, suppurant, où le doigt a peine à percevoir quelques lobules mollasses et fongueux du toit ou des fossettes, menace infiniment plus l'appareil respiratoire et l'organe auditif, qu'un volumineux amas de végétations, simplement exubérantes, s'opposant à l'introduction de l'index, et lui fournissant la classique sensation du paquet de vers.

	Nombre d'élèves présents	Nombre de malades	Rhino-pharyngites	Otites catarrhales	Otites suppurées	Divers (cérumen, eczéma, etc.)	Pourcentage des malades
Garçons	3692	677	523	365	53	128	18,33
Filles	3762	653	570	313	51	93	17,35
Ecoles maternelles.	2532	273	241	146	30	32	10,78

De l'examen de ces chiffres, se dégagent certains faits généraux qu'il est bon de signaler :

C'est ainsi que nous avons été frappés de la proportion véritablement énorme d'altérations inflammatoires chroniques, et notamment de l'épaississement scléreux du tympan, sans que les sujets présentant ces débuts d'oto-sclérose, même très accusés, nous fussent signalés comme dysacousiques.

Nous avons fait observer plus haut que le critérium adopté par nous, pour déterminer la dureté d'oreille chez les enfants, était bien éloigné de ce qu'on est convenu d'admettre comme étant l'état physiologique de la fonction auditive. Mais il ne faut pas oublier que des lésions inflammatoires chroniques de la caisse peuvent, quand elles prédominent sur la paroi externe de celle-ci, et notamment sur la membrane, atteindre un degré relativement avancé, sans qu'il s'ensuive une diminution no-

table de l'acuité auditive, lorsque l'oreille, dans son ensemble et spécialement le labyrinthe, se trouve à l'état de neuf.

Il n'en est pas moins vrai que cette opacification précoce du tympan constitue un signe précieux d'otite sèche débutante, et comporte un pronostic fonctionnel fâcheux, si l'affection est abandonnée à elle-même. Or, dans tous ces cas, le catarrhe chronique rhino-pharyngien accompagne l'otite catarrhale chronique, témoins les liens étroits qui unissent ces deux affections. Nous savons que c'est par les premières voies respiratoires que débute l'inflammation, il s'ensuit donc que le catarrhe rhino-pharyngien, ou si l'on préfère l'adénoïdite chronique, facteur constant d'altérations auditives, constitue une affection extrêmement commune chez les enfants des classes populaires, et que son traitement systématique, pratiqué à temps, devra enrayer efficacement nombre de surdités.

On pourra remarquer aussi, en examinant nos chiffres, la proportion très faible des otites suppurées ; ici, encore, il ne faut demander à ces chiffres qu'une indication relative, car il n'est pas douteux que nombre d'otorrhées chroniques existent à l'insu du sujet, et qu'un examen méthodique de l'oreille, chez tous les élèves, serait indispensable pour les dépister.

Les troubles purement subjectifs (bourdonnements, maux de tête) ne doivent pas être pris, chez beaucoup d'enfants, et notamment chez les fillettes, en très grande considération ; nous avons pu nous assurer, en diverses circonstances, de l'influence qu'exerçait l'imitation et l'auto-suggestion sur leur production.

Parmi les enfants offrant l'habitus caractéristique des obstrués du nez, une proportion assez forte ne présentait aucune raison anatomique actuelle au niveau des premières voies respiratoires qui justifiât l'altération fonctionnelle ; ce sont, pour la plupart, des ex-adénoïdiens, à type respiratoire vicié ; ce sont souvent des enfants sujets au coryza constitutionnel, et qui, dans l'intervalle des poussées fluxionnaires, conservent l'habitude de la respiration buccale ; quelquefois même l'imitation entre encore ici en jeu chez les enfants nerveux. Il ne suffit pas, en pareil cas, de constater la perméabilité des voies respiratoires supérieures, il faut signaler le trouble respiratoire à

l'attention des parents et leur conseiller de prendre à ce sujet l'avis du médecin.

Comme corollaire de ces anomalies purement dynamiques, de ces altérations *sine materia* de la fonction respiratoire, il est une catégorie de troubles dont l'étude serait d'une importance pratique assez grande, mais qu'il ne nous a pas été loisible de rechercher jusqu'ici : nous voulons parler des altérations de la voix chantée, et des moyens d'utiliser le chant pour la correction du type respiratoire buccal et des accidents vocaux consécutifs.

L'hypertrophie des amygdales palatines nous a paru préjudiciable dans la mesure où elle se complique d'infection chronique. Nous n'hésitons pas à attribuer à leur dégénérescence un rôle comparable à celui des végétations dans la genèse des fausses anémies caractérisées par un état de résorption septique habituelle, entrecoupée de fièvre éphémère, et accompagnée d'adénite cervicale chronique. Conformément à l'avis de la plupart des auteurs, nous avons observé la coïncidence à peu près constante des amygdalites chroniques hypertrophiques pharyngienne et palatine, la coïncidence portant non seulement sur le degré de l'altération, mais même sur sa forme spéciale; et, bien des fois, des examens ultérieurs plus approfondis nous ont convaincus de ce fait qu'il n'y avait pas témérité à conclure à l'état de la tonsille pharyngienne par le simple examen des amygdales du palais.

Des considérations qui précèdent, nous tirerons les quelques conclusions suivantes :

1° L'inspection des écoles, au point de vue qui nous intéresse, ne doit s'adresser ni à l'acuité auditive seule, ni à l'adénoïdisme considéré isolément. De même que nous pratiquons chez les malades qui nous sont soumis un examen complet des cavités du nez, de la gorge et des oreilles, de même, il est indispensable, dans une inspection à but préventif, de s'assurer dans la mesure du possible, chez les enfants qui ne se plaignent pas, de l'état anatomique et fonctionnel des organes connexes de l'ouïe et de la respiration ;

2° Il serait à souhaiter que le type respiratoire habituel des enfants fût l'objet d'une attention toute particulière des insti-

tuteurs en dehors de l'intervention médicale, et qu'une éducation respiratoire rationnelle fût instituée en intercalant dans l'instruction gymnastique des enfants des exercices spéciaux de respiration nasale ;

3° Il serait aussi avantageux sans doute, que tout enfant, nouvellement admis dans une école, subît, de la part du maître, l'examen fonctionnel rudimentaire, que nous avons préconisé, avant de recevoir la place définitive qu'il doit occuper dans la classe ;

4° Les conditions matérielles et morales que comporte l'inspection oto-laryngologique des écoles, ne permettant pas au médecin d'examiner aussi complètement chacun des enfants qu'il le ferait pour un malade soumis à un examen, l'intervention de l'instituteur nous paraît d'un secours précieux, et même indispensable. D'accord avec Delsaux, nous estimons qu'une besogne préparatoire consistant en une sélection basée sur des signes facilement appréciables, doit être dévolue au maître dans sa classe.

L'expérience apprendra où doit exactement s'arrêter l'enquête confiée à l'instituteur ; jusqu'à plus ample informé, nous croyons qu'elle doit porter essentiellement sur deux points :

1° Vérifier exactement pour tous les enfants et pour chacune des oreilles le degré d'acuité auditive, au moyen d'épreuves simples ;

2° Signaler à l'examen du médecin-inspecteur ceux de ses élèves présentant les signes extérieurs du catarrhe chronique des voies respiratoires ; les signes sur lesquels il se fondra pour apprécier ces altérations pourront lui être indiqués par un petit questionnaire analogue à celui que nous avons proposé ; mais il n'est pas douteux que ces indications particulières elles-mêmes deviendront bientôt superflues. Les instituteurs ou directeurs, dépourvus des préjugés, qui mettent encore un bandeau sur les yeux à un trop grand nombre de médecins, en matière de spécialité, ne tarderaient pas à se convaincre de la justesse de nos remarques, et le type adénoïdien se fixera vite et bien dans leur esprit non prévenu.

L'expérience encore courte que nous avons acquise de cette inspection, nous a fait toucher du doigt la justesse de l'obser-

vation faite par Lermoyez au Congrès d'otologie de Bordeaux, à savoir que : « Ce n'est pas le résultat de l'enquête qui est le « plus important ; c'est plutôt l'enquête elle-même qui consti- « tue une propagande par laquelle on découvre 10 à 15 % de « la population des écoles primaires, qui est entravée dans son « développement physique et intellectuel par une infirmité fa- « cilement guérissable dans la grande majorité des cas ».

Nous sommes, en tous cas, entièrement convaincus d'avoir rendu autant de services, par la diffusion dans le peuple des notions de l'intégrité, nécessaire à la santé générale et à l'ouïe, des premières voies respiratoires, et de la surveillance indispensable de l'ouïe fréquemment altérée chez les enfants, qu'en guérissant matériellement la forte proportion d'adénoïdiens, que les parents, dociles à nos conseils, nous ont amenés à l'hôpital.

IV

L'OZÈNE FORME LARVÉE DE LA TUBERCULOSE

Par Henri CABOCHE.

J'exposerai au début de cette note le fait qui a été le point de départ de ces recherches. Je l'ai déjà indiqué dans un travail sur la tuberculose nasale paru en janvier 1906, dans les *Annales*.

Il s'agit d'une jeune femme de 38 ans qui me fut adressée par un de mes confrères pour une gêne de la respiration nasale avec émission abondante de croûtes. Depuis son enfance, en effet, elle mouche des croûtes difficilement détachables, sans présenter aucune émanation odorante au niveau de sa pituitaire. Elle présente, en même temps, quelques nodules lupiques de la joue gauche. Convaincu de l'origine nasale du lupus de la joue, nous pensions trouver une lésion lupique de sa pituitaire. Mais la rhinoscopie nous révéla, au lieu de cette lésion, une rhinite atrophique typique, avec croûtes abondantes, larges, épaisses, adhérant très mollement aux cornets inférieurs, sans ulcération de la muqueuse et aussi sans ozène.

L'idée nous vint alors à l'esprit que la coïncidence du lupus de la joue et de la rhinite atrophique constatée n'était peut-être pas purement fortuite ; et que l'atrophie de la muqueuse nasale dont la cause est encore si obscure était peut-être sous la dépendance du bacille de Koch ; une manifestation de la tuberculose à allure spéciale, ou, comme on dit, une forme larvée de la tuberculose ; la présence du lupus de la joue s'expliquant dès lors par une propagation de la lésion bacillaire à la joue par voie lymphatique.

Nous avons donc essayé de vérifier notre hypothèse ; et si nous ne sommes pas parvenus à en démontrer encore la vérité, du moins il nous a paru intéressant d'exposer dès maintenant certains faits qui la rendent très vraisemblable, en attendant qu'une expérimentation patiente vienne donner son appoint dans le sens de l'affirmative ou de la négative.

Nous serions heureux si cette communication pouvait être le point de départ de recherches de nos collègues sur ce sujet si intéressant et si obscur de l'ozène.

Nous avons strictement limité nos recherches à la rhinite atrophique vraie : c'est-à-dire à cette entité clinique caractérisée par une atrophie manifeste de la pituitaire avec ou sans ozène, mais avec production de croûtes abondantes, larges, épaisses, lâchement adhérentes sans ulcération de la muqueuse.

Nous éliminons ainsi la tuberculose nasale à forme ozéneuse décrite par les Allemands qui offre précisément le caractère de présenter des ulcérations et dont les trois seules observations que nous ayons pu trouver se rapportent peut-être simplement à des faits de tuberculose greffée sur un ozène vrai (2 cas de Demme) [1] ou sur une syphilis osseuse méconnue (1 cas de Hajeck) [2].

Nous avons aussi éliminé le coryza pseudo-atrophique strumeux ou pseudo-atrophique des tuberculeux décrit par Moure et ses élèves.

Cette forme de coryza par son aspect même, par le terrain sur lequel il se développe (et la scrofule n'est peut-être qu'une bacillose atténuée) cadrerait facilement avec la thèse que nous soutenons. Mais nous avons voulu nous adresser précisément à la forme la mieux définie cliniquement de la rhinite atrophique, celle que l'on connaît sous le nom de rhinite atrophique vraie...

Nous avons eu recours dans nos recherches à deux procédés d'investigation : l'enquête clinique et l'expérimentation.

(1) Demme. — *Berlin. Klin. Woch*, 1883, XX, 15.
(2) Hajeck. — Th. Boutard, *La tuberculose nasale*, Paris, 1889.

I. — Enquête clinique

Nos observations, au nombre de 39, peuvent se décomposer en trois groupes :

Dans un premier groupe les antécédents du malade ne sont pas signalés (11 observations).

Dans un deuxième, les antécédents ne sont pas entachés d'hérédité tuberculeuse (12 observations).

Dans un troisième enfin, les antécédents tuberculeux sont manifestes (16 observations).

Si nous faisons abstraction des observations du premier groupe, nous voyons que sur 28 observations, un peu plus de la moitié a trait à des sujets dont les antécédents sont entachés de tuberculose.

Nous ne donnerons pas nos observations pour ne pas allonger ce mémoire ; disons seulement que, dans les seize observations personnelles, l'hérédité tuberculeuse était représentée par :

Manifestations locales de tuberculose . . .	2 cas
Tuberculose paternelle.	3 »
» maternelle	2 »
» paternelle et maternelle. . . .	2 »
» maternelle et fraternelle . . .	1 »
» collatérale.	4 »
Polymortalité infantile.	2 »

L'une des manifestations de tuberculose locale auxquelles nous faisons allusion est le cas de lupus dont nous avons relaté l'histoire au début de ce travail, qui coïncidait avec une rhinite atrophique très prononcée sans ozène.

Le deuxième cas est celui d'un malade âgé de 28 ans, atteint de rhinite atrophique ozénateuse, et porteur, en même temps, d'une trochantérite tuberculeuse fistulisée. Il ne présentait aucune lésion pulmonaire. Son père serait mort de méningite tuberculeuse. La trochantérite remonte à son enfance. C'est depuis son enfance également qu'il mouche abondamment,

mais c'est depuis deux ou trois ans seulement que serait apparu le phénomène ozène.

Les 4 cas de tuberculose collatérale sont vraiment importants à noter :

Dans un cas le malade a perdu une sœur de tuberculose pulmonaire ; dans le second, il s'agit d'une ozéneuse dont 8 frères sont morts de méningite ; le troisième cas a trait à une jeune fille très anémique présentant des adénites cervicales volumineuses, dont le père, actuellement vivant, présente de la toux depuis plusieurs mois avec points de côté à répétition ; elle a perdu une sœur à l'âge de 19 jours dans les convulsions, une autre sœur (de mère) est anémique et une autre sœur (de père) présente des troubles vocaux occasionnés par une laryngite.

La quatrième observation, enfin, est celle d'un jeune homme de 18 ans, petit, chétif (on lui donnerait 14 ans) au teint pâle et parsemé de taches de rousseur, à chevelure blond ardent, qui présente une atrophie extrêmement prononcée de la pituitaire avec ozène extrêmement pénétrant. Il a perdu son père de tuberculose pulmonaire, il est le dernier d'une lignée de huit enfants dont trois sont morts : deux en bas âge des suites d'une entérite grave ; un à l'âge de 17 ans de tuberculose pulmonaire et qui présentait de l'ozène disparu vers l'âge de 15 ans. A noter qu'une sœur actuellement âgée de 14 ans a présenté de l'ozène qui a disparu à 17 ans.

Ce sujet appartient à une famille bourgeoise aisée et a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques.

Enfin nous avons placé à côté de ces malades à antécédents plus ou moins chargée, le cas d'une femme de 52 ans atteinte d'une rhinite atrophique sans ozène depuis son enfance et qui a vu mourir en bas âge quatre de ses enfants sur sept. Elle eut, en effet, outre une fausse couche, sept enfants dont trois sont seulement vivants (deux sont nés après, et un avant la fausse couche). Les quatre autres moururent l'un à 6 semaines d'entérite ; et les trois autres, âgés de 3 à 6 ans, de méningite. Tous ses enfants étaient sains en venant au monde et ne présentaient pas trace d'éruption sur le corps.

L'observation ne parle pas, malheureusement, de l'état de

santé du père : on ne peut donc savoir la part qui revient à ce dernier dans la transmission de la tuberculose aux enfants ; on ne parle pas davantage du passé pathologique des parents de la mère et c'est pourquoi l'observation est insuffisante. Telle quelle elle nous a paru pourtant intéressante. Si les parents tuberculeux donnent naissance, avec une fréquence notable, à des enfants ozéneux, n'est-il pas intéressant de voir une mère ozéneuse donner naissance, par une sorte de phénomène de réversibilité, à des enfants tuberculeux ?

La constatation même fréquente de la tuberculose chez les ascendants des ozéneux, ne signifie évidemment pas que l'ozène est de nature tuberculeuse.

Il est incontestable que la plupart des ozéneux que nous voyons à l'hôpital appartiennent à une classe sociale où la misère physiologique et le défaut d'hygiène rendent plus particulièrement fréquent le développement de la tuberculose pulmonaire. Les faits plus haut signalés ne signifient peut-être pas autre chose, et on pourrait ne voir entre la tuberculose des ascendants et l'ozène des descendants qu'une simple coïncidence.

Pourtant nous croyons qu'il y a plus :

1° Parce que nous avons observé cette relation aussi bien chez les ozéneux de la classe bourgeoise et aisée que chez les ozéneux de la classe pauvre de la société.

2° Parce qu'elle se présente avec une extrême fréquence suivant une modalité qui semble bien comporter autre chose qu'une simple coïncidence.

Nous voulons parler de ce fait curieux, dont nous avons signalé deux beaux exemples d'ozéneux apparaissant comme les derniers survivants de plusieurs enfants, frères ou sœurs, morts de méningite avant eux.

Delacour (*Le syndrome adénoïdien*, Paris, 1904), qui pourtant ne voit aucune relation à établir entre l'ozène et la tuberculose, a constaté le fait avec une extrême fréquence. Il a pu examiner, dit-il, plus de deux cents ozéniques et voici comment il s'exprime à ce sujet : « la polymortalité infantile est très fréquente dans ces familles. La cause à peu près unique à laquelle sont rapportés ces décès qui se présentent par véritable série, c'est la méningite tuberculeuse. Ici sur neuf en-

fants, six sont morts tout jeunes ; là, sur cinq enfants quatre n'ont pas dépassé l'âge de 12 ans. Dans une famille, sur douze enfants, huit ont été enlevés de 1 mois à 7 ans par la méningite. C'est encore à la méningite qu'une mère attribue la perte de dix enfants morts de 2 mois à 13 ans, et sur trois qui lui restent, un fils actuellement âgé de 24 ans présente des lésions très avancées de tuberculose pulmonaire.

« Dans ces si nombreux cas de mortalité infantile le produit de la première ou des premières grossesses échappe en général et ce n'est qu'à partir d'un moment que commence la série fatale pour se prolonger pendant un certain nombre de grossesses successives... Dans une famille de treize enfants les quatre premières grossesses évoluent normalement et les enfants vivent, mais, à dater de ce moment et sans qu'il soit possible d'en dépister la cause, cinq enfants meurent de suite de 10 jours à 1 an, les deux derniers enfants, deux fils, résistent, mais deviennent ozéneux... »

Ayant eu l'idée de rechercher à quel rang de la série se trouvaient placés les ozéniques, Delacour a constaté que chez quarante-trois malades, chez lesquels il a fait cette recherche, trente-quatre fois il s'agissait soit d'un enfant unique par absence d'autres naissances ou par disparition des autres enfants, soit du dernier enfant de la famille.

Quoique les « ozéniques » de Delacour comprennent non seulement les rhinites atrophiques, mais encore les catarrhes hypertrophiques et aussi les végétations adénoïdes, le nombre des malades qu'il a examinés donne à ses constatations une grande valeur au point de vue qui nous occupe.

Cette alternance des ozènes et de la polymortalité infantile, le premier succédant au second, n'indique-t-il pas que la susceptibilité des produits de la conception au bacille de Woch finit par s'atténuer sans disparaître ? L'enfant ne meurt plus de méningite tuberculeuse, mais devient ozéneux. Le trouble nasal n'apparaît-il pas comme l'équivalent de la méningite ? N'est-il pas une forme larvée de la tuberculose ?

II. — Essai expérimental

C'est à l'inoculation expérimentale de fragments de cornets ozéneux dans la paroi abdominale du cobaye que nous nous sommes adressés.

Nous nous sommes crus autorisés à pratiquer une résection parcellaire du cornet inférieur des ozéneux, puisque les injections de paraffine nous permettent actuellement de combler la modeste perte de substance créée par notre intervention.

Nous avons donc prélevé chez dix malades un fragment du cornet inférieur derrière la tête du cornet afin de protéger contre l'entrée de la poussière le canal lacrymal nasal, et après avoir fait faire pendant huit jours des irrigations nasales à l'eau salée. La portion enlevée à l'aide de ciseaux avait la forme d'un triangle à base inférieure et à sommet supérieur : toujours nous avons été frappés de l'extrême mollesse du squelette qui parfois n'offrit même aucune résistance aux ciseaux.

Les fragments prélevés, après avoir été lavés à la solution aqueuse physiologique, furent inoculés cinq dans la gaine du grand droit de cinq cobayes et cinq dans la cavité péritonéale de cinq autres cobayes. Un de ces derniers mourut accidentellement quelques minutes après l'inoculation ; les neuf autres ne présentèrent aucun trouble apparent ni local, ni général, et, quand nous les sacrifiâmes trois mois après, aucune lésion viscérale tuberculeuse ne put être décelée.

Cet essai est donc négatif. Nous ne pensons pas, pourtant, que, de cette expérience, on puisse conclure contre la thèse que nous soutenons.

Ne sait-on pas, en effet, combien il est difficile d'obtenir des résultats positifs par l'inoculation de tissu nettement tuberculeux comme le lupus ? C'est souvent après de nombreuses tentatives infructueuses que le cobaye finit par être infecté ; et tout le monde sait que cette difficulté a retardé beaucoup la solution du problème de la nature tuberculeuse du lupus.

Peut-être y aurait-il lieu de reprendre ces expériences en un

autre sens : en injectant dans les cornets d'animaux de l'extrait chloroformique de bacilles suivant la méthode d'Auclair on pourrait s'assurer que l'atrophie du cornet s'ensuit ou non.

Nous espérons pouvoir entreprendre ces expériences, car nous avons l'impression clinique que le bacille de Koch est pour quelque chose dans la pathogénie si obscure encore de l'ozène.

Le bacille créerait l'atrophie des parties constitutantes de la fosse nasale (muqueuse et squelette) et cette muqueuse amoindrie ainsi dans sa résistance et ses moyens de défense serait secondairement infectée par le ou les microbes produisant la punaisie.

La rhinite atrophique serait ainsi une sorte de sclérose de la pituitaire sous la dépendance des toxines tuberculeuses, analogues en cela à certaines néphrites décrites récemment par Bernard et Salomon et peut-être aussi certaines formes de cirrhose du foie.

Cette conception permet de comprendre certains faits sur lesquels Vaquier et Lermoyez ont de nouveau appelé l'attention ces temps-ci : nous voulons parler de la contagion de l'ozène et de l'ozène familial : elle expliquerait bien aussi le caractère atténué de cette contagion propre à la contagion tuberculeuse.

D'autre part, si l'atrophie est le phénomène essentiel, si les autres symptômes sont contingents, on peut espérer ramener à l'unité toutes les formes de catarrhe atrophique décrits jusqu'ici. Rhinite atrophique vraie, coryza pseudo-atrophique des strumeux, des tuberculeux, etc.

Nous sommes fermement convaincus que c'est dans cette voie qu'il faut exécuter les recherches pour élucider la question si obscure de la pathogénie de l'ozène.

On commence, en effet, à bien connaître les propriétés inflammatoires et sclérosantes du bacille de Koch. Nous faisions allusion tout à l'heure aux néphrites scléreuses tuberculeuses. Récemment Milian (Soc. médicale des hôpitaux, mars 1907) a eu l'idée d'inoculer à un cobaye un fragment de tégument sclérodermique prélevé au voisinage d'un ulcère variqueux banal : son cobaye est devenu tuberculeux.

Pourquoi la sclérose de la pituitaire qu'est la rhinite atrophique ne pourrait-elle pas être causée par le bacille de Koch ?

Les bactériologistes n'ont pas dit non plus leur dernier mot sur les relations des bacilles acido-résistants (si fréquents dans la sécrétion des ozéneux) et du bacille de Koch !

V

FRACTURE COMPLÈTE ET DE CAUSE DIRECTE DE L'APOPHYSE MASTOIDE INTÉRESSANT LA PORTION VERTICALE DU CANAL DE FALLOPE ET LE CADRE OSSEUX DU TYMPAN

Par **MOLIMARD**.

Interne à l'Hôpital Saint-Antoine.

F..., Jules, 40 ans, peintre, vient à l'hôpital pour des douleurs du côté droit de la tête, écoulement purulent de l'oreille et paralysie faciale de ce côté.

Antécédents. — Toujours bien portant. Pas d'accidents saturnins.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Il y a dix jours, en rentrant chez lui, le soir, le malade fait une chute dans l'escalier. Il tombe en arrière, la région occipito-mastoïdienne vient frapper contre le bord d'une marche. Etourdi par le choc, le malade revient bientôt à lui et peut rentrer seul dans sa chambre, perdant abondamment du sang par le nez ; quelques gouttes de sang s'échappent par son oreille droite. Et dès ce moment, dit le malade, sa bouche est déviée ; il ne peut fermer l'œil droit.

Le lendemain, céphalée intense lui rendant le travail impossible ; mais il peut se lever ; pas de vomissements.

Dans ces conditions, il se présente à l'hôpital Tenon où il est reçu et, de là, neuf jours après, il est adressé à l'hôpital Saint-Antoine, parce que la céphalée augmente, que depuis quelques jours l'oreille droite coule, et qu'il est sourd de ce côté.

EXAMEN DU MALADE. — Le malade accuse une surdité de l'oreille droite, avec douleur dans cette oreille, sans vertiges, sans bruits subjectifs.

La région mastoïdienne présente une teinte ecchymotique.

A la palpation, deux points douloureux principaux :

L'un siège à la pointe de la mastoïde :

L'autre occupe la base de l'apophyse mastoïde et se prolonge vers l'occipital. En palpant avec soin cette zone douloureuse de la base, on se rend compte qu'il existe, au niveau du bord supérieur du conduit auditif externe, un sillon, ou plutôt un ressaut s'étendant suivant une ligne horizontale qui occuperait la base de l'apophyse mastoïde. Ce sillon devint encore plus apparent au bout de quelques jours : l'épanchement sanguin ayant diminué.

Toutefois, si on cherche à mobiliser la pointe de la mastoïde on n'y parvient pas, le malade accuse une douleur vive, on n'a pas insisté.

Le conduit auditif externe, encombré de pus fétide, est nettoyé. Le tympan apparaît rouge et lisse dans sa partie antérieure. Le quadran postéro-supérieur est irrégulier, bourgeonnant. A ce niveau, le Valsalva fait sourdre une goutte de pus et des bulles d'air : donc perforation.

Examen acoumétrique. — Oreille droite : Transmission aérienne diminuée (montre n'est entendue que sur la conque ; voix chuchotée à 50 centimètres ; diapason C 128, à peine perçu). Transmission osseuse est *un peu exagérée* (Weber latéralisé de ce côté, Rinne négatif).

Diapason mastoïdien entendu comme du côté sain, et aussi longtemps.

Oreille gauche : épreuves acoustiques normales.

Face : traits tirés du côté gauche ;

Commissure droite de la bouche abaissée ;

L'œil droit est plus largement ouvert ; le malade ne peut arriver à fermer complètement les paupières de ce côté.

Luette et voile du palais normaux.

L'examen électrique est dû à la complaisance de M. Huet, de la Salpêtrière.

Excitabilité faradique pour les branches du facial et pour les muscles : conservée.

Excitabilité galvanique des muscles ne présente pas de modifications qualitatives NFC > PFC et les contractions sont vives, mais cette excitabilité galvanique est un peu augmentée, ce qui engage à réserver le pronostic quant à la D. R.

En somme, paralysie faciale flasque, à type périphérique.

Yeux : excepté la lagophtalmie ; pas de trouble dans la motilité du globe oculaire ; pas de strabisme.

Nez : odorat conservé des deux côtés.

La ponction lombaire n'a pas été faite.

Les jours suivants on panse l'oreille droite ; l'écoulement perd

sa fétidité, devient séreux, filant, et bientôt cesse ; le tympan est cicatrisé.

A ce moment, le malade part de l'hôpital vingt jours après son entrée. Il ne souffre plus, mais sa paralysie faciale ne paraît pas s'être améliorée beaucoup.

Voulant nous rendre compte des lésions de ce malade, et en expliquer leur mécanisme ; cette observation nous a paru intéressante :

1° Comme fracture complète de la mastoïde de cause directe.

Il y a fracture comme le prouvent :

La paralysie faciale immédiate ;

L'ecchymose mastoïdienne ;

L'otorragie avec déchirure du tympan, ayant occasionné une otite moyenne purulente par infection secondaire venue de l'oreille externe.

Et cette fracture était complète car le ressaut constaté à la palpation nous donnait l'impression que la mastoïde détachée avait glissé sur la base du rocher pour venir s'implanter en bas et en avant ; immobilisée dans cette position, soit par engrainement osseux, soit par un commencement de cal fibreux ; en effet, nous n'avons vu le malade que dix jours après l'accident.

Ces fractures complètes, de cause directe, sont plutôt rares : A. Chipault « Article des fractures du crâne » dans Le Dentu, et Delbet en rapportent seulement 2 cas signalés dans la thèse de Boullet : l'un est de Dupuytren, l'autre personnel à Boullet.

2° Intéressante comme localisation exacte du trait de fracture en nous basant uniquement sur les données cliniques.

L'absence de troubles fonctionnels et de lésions de l'oreille interne logée dans la partie moyenne du rocher ; l'intégrité de la VIe paire (pas de strabisme du côté de la lésion) souvent intéressée dans les lésions de la pointe du rocher, nous permettent de localiser les lésions à la mastoïde et à la base de la pyramide pétreuse. On explique facilement alors la paralysie faciale et la déchirure du tympan :

La paralysie faciale due à une atteinte du nerf dans la portion verticale du canal de Fallope, entre le deuxième coude du nerf et sa sortie au trou stylo-mastoïdien.

La déchirure du tympan, dans sa partie postérieure, s'explique très bien : les deux organes se trouvant sur le même plan, puisque « dans sa moitié inférieure, la portion descendante du facial croise, au niveau de sa partie déclive, le plan passant par la membrane pour lui devenir externe [1]. »

3° Elle nous montre l'importance qu'il y a dans les traumatismes du rocher, pouvant intéresser le tympan à examiner cette membrane et à procéder à une désinfection et à un nettoyage que le chirurgien ne refuse pas à une plaie, même superficielle, des téguments. Et, à ce propos, ce n'est pas sur des bains d'oreille avec de la glycérine plus ou moins phéniquée, ni même sur des lavages dits antiseptiques qu'il faudra compter pour préserver l'oreille moyenne et les méninges souvent mises en communications avec l'oreille, mais sur un nettoyage soigné du conduit auditif externe, fait sous le contrôle du miroir, avec des objets stérilisés, le tout suivi d'un pansement occlusif aseptique.

[1] A. Broca. — *Anatomie chirurgicale de l'oreille moyenne*, 15 avril 1901, page 975.

NOTES DE TECHNIQUE

I

TURBINOTOME ET SYNECHOTOME

Par **Marc ANDRÉ.**

Cet instrument a été construit en partie sur le principe de celui de Ruault. Il en diffère par son emporte-pièce qui est beaucoup plus long, quatre fois environ. Son mors supérieur est plein. Ceci fait que à la suite d'une première prise, l'on n'est plus gêné par l'enclavement du morceau détaché encombrant



l'un des œilletons de l'emporte-pièce dont il annihile l'action tranchante. Cette plénitude le rend également plus résistant.

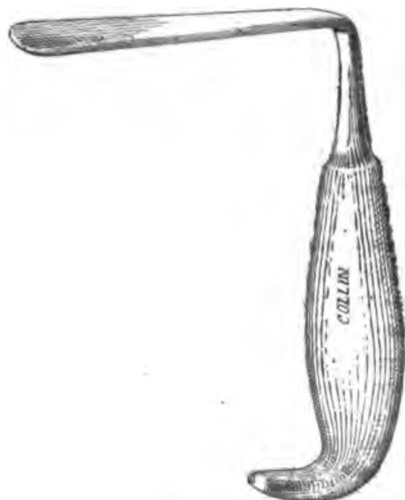
Toute la portion des branches susceptible de pénétrer dans le spéculum est absolument plate dans le plan vertical pour ne point diminuer le champ visuel. Les autres extrémités sont terminées par des anneaux inégaux comme ceux des ciseaux de tailleur. L'usage de cet instrument *très robuste* nous a été très précieux dans toutes les opérations sur les cornets et la cloison nécessitant une assez grande dépense de force.

II

ABAISSE-LANGUE A CROCHET

Par **Marc ANDRÉ.**

Cet abaisse-langue coudé à angle droit possède un manche analogue à ceux employés en gynécologie pour les valves vaginales. Ce manche est fusiforme, il remplit donc bien le creux



de la main et le crochet qui le termine empêche toute échappée. Cet instrument peut être très utile pour l'examen des enfants indociles et pour les interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE (1)

Séance du 25 février 1907.

BOTELLA. — **Quatre cas de sinusite maxillaire opérés par différents procédés.** — *Premier cas :* Jeune femme 27 ans, dans ces trois dernières années phlegmons à répétition autour d'une dent cariée en haut et à droite ; dans les derniers mois, apparition simultanée de nombreux trajets fistuleux gingivaux et de douleurs insupportables au-dessous de l'œil droit. Avulsion de la dent cariée et de la dent immédiatement voisine en arrière. Petit kyste à la racine de la première dent. Après extraction de la dent malade, amélioration passagère, suivie d'écoulement du pus par le nez et par l'alvéole.

Examen. — Au fond de l'alvéole correspondant à la première grosse molaire, petit trajet fistuleux qui communique avec l'antre.

Diagnostic. — Kyste radiculo-dentaire. Carie de la paroi alvéolaire. Empyème du sinus maxillaire.

Traitement. — Elargissement de la brèche alvéolaire ; attouchements au chlorure de zinc au 1/10. Lavages au phénosalyl. Tamponnement à la gaze. Au cours des pansements successifs, le pus diminue et le processus se termine par l'occlusion de la brèche. A la diaphanoscopie, le sinus est transparent.

Deuxième cas : Femme 32 ans. Phlegmons de la gencive supérieure droite, au voisinage de la première molaire qui est cariée. L'avulsion de la dent ne produit aucune amélioration.

Etat actuel. — Grandes douleurs, acuité visuelle diminuée. Le stylet pénètre dans l'antre à travers l'alvéole dentaire. Signes diaphanoscopiques positifs.

Diagnostic. — Sinusite chronique consécutive à une carie dentaire. Nécrose de la paroi externe.

(1) Compte rendu par Mossé.

Traitement. — Les lavages n'ayant procuré aucun bénéfice et pour utiliser la brèche de la paroi externe, l'auteur emploie le procédé de Desault. Curetage et attouchement au chlorure de zinc et en dernier lieu tamponnement de l'antre à la gaze. Malade encore en traitement.

Troisième cas : Jeune fille 19 ans, huit jours auparavant, tuméfaction diffuse du côté gauche du visage qui l'empêchait d'ouvrir son œil.

Examen. -- Tuméfaction de la région molaire gauche avec douleurs spontanées et à la pression. Pus crémeux au méat moyen. Signes de Hering, Fränkel et dérivés positifs ; dentition normale.

Diagnostic. — Sinusite maxillaire chronique d'origine nasale réchauffée.

Traitement. — Fomentations chaudes. Deux jours plus tard, suppuration abondante, écoulement du pus par la fosse nasale gauche et ouverture spontanée de la tuméfaction malaire au niveau de l'angle interne de l'œil dans le sillon naso-palpébral. Opération de Cadwell-Luc. La contre-ouverture à la pince de Lombard, étant très étroite et très haut placée, on laisse ouverte la plaie buccale. Quelques jours plus tard, seconde intervention. Résection de la moitié antérieure du cornet inférieur et perforation de la paroi nasale au moyen du tour électrique et des pinces de Grünwald. Suture de la plaie buccale. Guérison.

Quatrième cas : Sinusite maxillaire chronique droite d'origine nasale.

Opération de Claoué. Guérison.

A côté de ces cas, Botella en rapporte trois autres : deux d'ostéomyélite du maxillaire supérieur, avec sinusite, et un d'ethmoïdite avec empyème du sinus maxillaire, dans lesquels échouèrent les lavages au moyen du trocart, et dans lesquels il fallut recourir à l'opération de Claoué.

En résumé : les sinusites maxillaires sont tantôt d'origine nasale, tantôt d'origine dentaire. Il est très difficile d'établir *a priori* s'il s'agit de sinusite ou d'empyème et si le sinus maxillaire est fabrique ou dépôt de pus. Les signes de transillumination, lorsqu'ils sont positifs, donnent idée de la tuméfaction plus ou moins considérable de la muqueuse et de la présence de pus, sauf erreur causée par des néoplasmes, kystes, etc. Le signe de Mahu est le seul qui puisse indiquer la présence de masses fongueuses, rendant nécessaire une large intervention.

Discussion.

Sterling. — Pour obtenir la guérison radicale des sinusites il faut largement ouvrir la fosse canine. On peut aussi employer la ponction, avec drainage et lavage du sinus par le méat inférieur. Lermoyez ouvre le sinus avec le tour électrique, par l'alvéole, et y place ensuite un petit tube de drainage en or.

Tapia. — Dans le premier des cas, rapportés par Botella, il trouve la conduite de l'auteur appropriée puisqu'il s'agissait d'un empyème d'origine dentaire.

Dans le second cas, il ne saurait être question de « Desault typique », puisque l'auteur fit un tamponnement à la gaze, tandis que Desault faisait la trépanation sous-périostée, et fermait la brèche par un rideau cutanéo-muqueux, à l'exception d'une toute petite ouverture par laquelle il pratiquait les lavages.

Dans le troisième cas, l'auteur a voulu employer le procédé de Cadwell-Luc ; mais la contre-ouverture nasale, qui est la caractéristique de ce procédé, fut insuffisante, et le fait de laisser la fosse canine à découvert transforme ce procédé en Boninghause.

Le procédé de Claoué serait, d'après lui, inefficace dans les cas de sinusite ancienne et fongueuse, car il ne permet pas d'atteindre les angles dièdres du sinus. Au point de vue clinique peut-on faire une différence entre la sinusite vraie (fabrique de pus) et l'empyème (ou simple dépôt) ? voilà qui est bien discutable ! Veut-on savoir si, dans le sinus, il y a du pus ou des fongosités, il faut recourir à l'épreuve de Guisez et Guérin qui est la plus logique.

Tapia passe ensuite en revue les différents traitements en faveur des sinusites et se déclare partisan de l'école française qui est infiniment supérieure à l'allemande. En Allemagne, on préfère perforer, pour faire les lavages, le méat moyen ; en France, on préfère perforer le méat inférieur pour faciliter l'écoulement de pus. En Allemagne on abuse de la trépanation canine, procédé peu en faveur en France, et qui, lorsqu'il est utilisé, l'est d'après la technique de Desault, que l'on a modifiée en Allemagne, sans avantages. En France, l'on proclame l'opération de Cadwell-Luc la meilleure ; en Allemagne, on ne l'a acceptée qu'après que Gerber l'eut modifiée sans la rendre meilleure, au contraire. Quant à l'opération de Claoué, elle est infiniment plus rationnelle que celle de Rethi et celle de Wagner-Siebemann, qui introduit le doigt dans le sinus en effondrant le méat moyen. Mickulicz était le seul

à pratiquer l'ouverture du méat inférieur et encore avec moins d'ampleur que Claoué et Escat.

Landete n'est partisan de la voie alvéolaire que dans un seul cas, lorsque l'exsudat de la péri-odontite se dépose sur le plancher de l'antre, en refoulant la muqueuse, mais sans la perforer, ce qu'on reconnaît en injectant un liquide par l'alvéole : s'il y a écoulement par le nez, c'est que la muqueuse est perforée.

Chez les nouveau-nés, il faut utiliser la voie externe qui est la seule accessible, étant donné les conditions anatomiques du sinus à ces âges-là. Il n'est pas partisan des lavages répétés, inutiles s'il y a des fongosités. S'agit-il d'empyème, un seul lavage bien fait suffit pour débarrasser le sinus de tout le pus et l'empêcher de se reproduire.

Botella. — Dans le second cas, rapporté par lui, il a été empêché de suturer la plaie buccale, à cause des petites dimensions de la contre-ouverture nasale. La pince de Lombard est, en effet, insuffisante lorsque la paroi interne du sinus est anfractueuse.

La méthode de Claoué est facile, mais elle ne donne pas de bons résultats, lorsque le sinus est fongueux. Dans ce cas, le mieux est de recourir au Cadwell-Luc.

Il insiste sur ce fait, que tous les signes de diaphanoscopie, y compris celui de Guisez et Guérin, peuvent être trompeurs. Seul le signe de Mahu et l'endoscopie du sinus, à la façon de Hirschmann, offrent des garanties réelles.

Séance du 28 janvier 1907.

Botella. — **Un cas d'hémilaryngectomie pour cancer.** — Sujet de 31 ans, atteint de raucité de la voix depuis sept mois. Tumeur mamelonnée du volume et de l'aspect d'une fraise, sur la corde vocale gauche, qui est incomplètement mobile. Examen histologique : épithélioma pavimenteux globulaire.

Intervention. Trachéotomie basse ; un mois plus tard (5 octobre 1906) hémilaryngectomie : procédé de Gluck. Incision de l'hyoïde à la canule. Mise à nu du cartilage thyroïde dont la lame gauche est réséquée. Puis, incisions transversales distantes de 4 centimètres entre elles, et formant un lambeau cutané dont le bord interne est suturé au bord postérieur de la muqueuse laryngée sec-

tionnée et enfoncée dans la plaie au moyen de gaze iodoformée.

Conséquences : au bout de quelques jours le lambeau se nécrose et on doit le détacher. L'autoplastie à la façon de Glück, n'est plus possible à réaliser et il devient nécessaire de suturer la peau du côté sain avec les bords avivés du côté malade. La plaie finit par se cicatriser et le malade sort guéri. Le procédé de Glück, dit Botella en terminant, à l'avantage d'isoler l'appareil respiratoire de l'appareil digestif mais il a l'inconvénient de laisser au cou une fistule par laquelle le malade expectore et respire.

Discussion.

Tapia. — Le procédé employé par Botella diffère un peu de celui de Glück, d'abord dans le tracé des incisions. Glück trace une incision du bord inférieur de l'os hyoïde jusqu'au bord supérieur du cricoïde, puis perpendiculairement aux extrémités de cette incision longitudinale deux autres incisions transversales de 4 centimètres chacune; autre différence : Glück résèque non seulement la lame du thyroïde, mais encore la moitié du cricoïde. L'autoplastie à la façon de Glück doit se faire de la manière suivante : suture du bord interne du lambeau cutané à la section postérieure du cricoïde, du bord inférieur à la trachée et du bord supérieur au sinus piriforme. Si on n'a pas soin de réséquer la moitié du cricoïde, il est impossible de faire prendre le lambeau suturé à ce qui reste de la paroi laryngée postérieure qui est trop étroite et uniquement constituée par la membrane et les muscles inter-aryténoïdiens. C'est ce qui explique l'inefficacité de l'autoplastie exécutée chez le malade en question.

A propos des moyens d'isoler le conduit respiratoire du conduit digestif, Tapia rappelle que dans un cas d'extirpation totale du larynx, il essaya d'utiliser l'épiglotte pour réparer la perte de substance ; à cette fin, à travers la brèche opératoire il saisit l'épiglotte avec un crochet mousse et le fit basculer de façon à ce que le bord supérieur devînt l'inférieur et la face antérieure devînt la postérieure. Avivés, les bords latéraux auraient pu être suturés à la muqueuse pharyngoesophagique, mais force fut d'extirper aussi l'épiglotte qui fut reconnue atteinte par le processus morbide.

Tapia termine en demandant à Botella s'il ne croit pas que dans le cas rapporté une thyrotomie eût suffi, étant donné que la tumeur était petite, et la corde vocale légèrement parésiée.

Botella. — La corde vocale n'était pas légèrement parésiée,

mais légèrement mobile et le cas était bien avancé pour faire une thyrotomie. On a d'ailleurs rarement occasion de voir des cas où la thyrotomie soit indiquée. Une fois, cependant, il vit Félix Semon thyrotomiser un malade qui avait un épaississement de la corde, à peine visible, à l'ouverture du larynx ; ce qui donna à penser que dans des cas semblables seulement, la thyrotomie peut donner de bons résultats.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE BERLIN (1)

Séance du 13 mars 1906.

Président : LUCÆ

Secrétaire : SCHWABACH

BEYER. — **Expériences sur des animaux.** — Beyer rappelle les expériences de Lewandosky et les siennes propres sur l'extirpation uni et bilatérale du labyrinthe chez le chien, le chat et le singe. Il présente des colombes et des grenouilles opérées de la même façon. Description détaillée de la méthode de l'opération. Récapitulation des symptômes connus et démonstration des symptômes propres aux animaux.

HERZFELD. — **A la suite de la communication de Lange sur les sinusites aiguës consécutives à la scarlatine.** — Herzfeld rapporte le cas d'une enfant de 10 ans qui, quatre semaines après une scarlatine combinée de diphtérie, a été prise d'une sinusite frontale et maxillaire droite. Guérison par traitement local. La température est restée élevée pendant des mois, même après disparition des phénomènes locaux.

PASSOW. — **A propos de la communication de Kramm sur le traitement de la sinusite chronique.** — Passow rapporte que chez une jeune femme atteinte d'ethmoïdite s'est développée, au mo-

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Monatschr. f. Ohrenh.*, n° 9, 1906.

ment où il a voulu enlever, avec des ciseaux, la tête du cornet moyen, une protrusion du globe avec violentes douleurs. L'œil ne pouvait plus être ouvert, et pendant plusieurs semaines persiste une diplopie. Passow croit qu'il est entré avec les ciseaux entre cornet moyen et paroi orbitale, et qu'il a occasionné ainsi un emphysème.

Hinsberg aurait eu un même accident à l'occasion d'un lavage du sinus.

Séance du 8 mai 1906.

Lange. — **Sixième cas de sinusite maxillaire consécutive à la scarlatine chez un enfant.** — Quatre semaines après la scarlatine le garçon est pris d'une mastoïdite gauche. La mère remarque également un élargissement du nez. Cet élargissement devenant de plus en plus prononcé et la fièvre s'y ajoutant, l'opération est devenue nécessaire. La guérison n'a pu se faire par première intention. Il y a eu infection des bords de la plaie. Il n'y a jamais eu grand écoulement par la narine.

Passow. — **Traitement de l'othématome.** — Depuis le traitement plus humain des aliénés, l'othématome est devenu plus rare. On rencontre aujourd'hui l'othématome le plus souvent chez des gens qui font du sport. L'othématome spontané est douteux et presque toujours dû à un traumatisme avoué ou non. Il ne faut pas craindre les incisions quand elles sont faites aseptiquement. Si Vallentin dans son dernier article dit que l'incision n'empêche pas le recroquevillement du pavillon, la lecture de ces observations montrera que seulement deux fois dans ces cas, l'incision de l'othématome a été faite ; une fois par le rebouteur du village et une autre fois sans que la technique soit indiquée. La narcose n'est pas nécessaire. L'asepsie dans les soins consécutifs est indispensable. Chez les aliénés l'incision ne doit pas être faite, de crainte qu'ils n'enlèvent le pansement. Le traitement par le massage et la teinture d'iode est long. Passow présente deux cas traités par l'incision. Chez l'un aucune défiguration, chez l'autre, qui, trois jours après l'incision a cessé le traitement, la défiguration est insignifiante.

WAGNER. — **Étiologie de l'empyème du sac endo-lymphatique.** — Wagner a observé un cas chez lequel il a fait le diagnostic macroscopique d'empyème du sac endo-lymphatique. A l'examen microscopique, après autopsie, il a reconnu qu'il s'était agi d'un abcès extra-dural. Le sac endo-lymphatique a été trouvé intact. Le malade entré moribond dans le service n'a pas été opéré. A propos de son cas, Wagner dit que sur les 30 cas d'empyème du sac endo-lymphatique connus dans la littérature, un seul, le cas de Politzer, résiste à la critique. Dans ce cas, on a trouvé le pus dans l'aqueduc et dans le sac. L'examen microscopique par coupes en séries, est absolument nécessaire pour éclaircir cette question.

Discussion.

KATZ dit qu'il lui a toujours paru improbable que le pus chemine par un canal étroit comme l'aqueduc. Vu l'étroitesse du canal, le pus a pu être confondu avec l'endothète gonflé.

Séance du 19 juin 1906.

STURMANN présente **deux malades atteintes de rhinolalie.** — Chez l'une, la rhinolalie est due à une synéchie du voile avec le pharynx. Chez l'autre, il n'y a pas de raison.

ECKSTEIN. — **Remplissage des cavités rétro-auriculaires par de la paraffine.** — Eckstein rappelle que Alt le premier a essayé, en 1901, de diminuer la cavité rétro-auriculaire par injection de paraffine. Politzer et Urbantschitsch ont les premiers déposé la paraffine dans la plaie d'opération en pleine granulation. Eckstein présente un malade qui n'a pas permis l'exécution d'une plastique chez elle. Il a fallu lui injecter la paraffine dans la cavité rétro-auriculaire et, depuis un an et demi, le malade porte ce bouchon de paraffine (coloré en jaune par du curcumin) sans réaction.

Discussion.

PASSOW voit des inconvénients à cette méthode. La paraffine agira comme corps étranger. On lui dit qu'à Vienne on a renoncé

à cette méthode. On ne sait jamais comment est la peau sous la paraffine.

Lévy demande si on a fait des expériences pour boucher l'entrée de la trompe dans la caisse par la paraffine, parce que, après la radicale, c'est à cet endroit que la suppuration s'éternise.

Lucae craint également la paraffine comme corps étranger.

Eckstein n'a pas fait l'expérience sur le bouchage de la trompe. Il la croit impossible et peu pratique. Quant à la paraffinisation de la cavité après radicale, il n'a pas d'expérience personnelle, n'étant pas otologiste. En tous cas, la paraffine n'irrite pas et peut être facilement retirée à tous moment.

Haike. — **Relation des travaux de la section d'oto-rhinologie au congrès international de médecine, à Lisbonne.**

Lange. — **Recherche anatomique sur l'appareil auditif après un grand traumatisme.** — L'histoire clinique du cas est inconnue à Lange. A l'examen microscopique, Lange a reconnu une déchirure complète de l'acoustique dans le conduit interne, tandis que le facial est resté intact.

Discussion.

Passow demande d'examiner le temporal chaque fois qu'il y a eu mort à la suite d'un accident. On a déjà plusieurs fois constaté que l'hémorrhagie dans le labyrinthe et dans le limaçon est insignifiante après traumatisme.

Séance du 13 novembre.

1. Herzfeld. — **Thrombose du sinus.** — Chez un garçon une thrombose totale du sinus s'est montrée dix jours après le début de l'otite. L'état général grave et la température à 41° ont nécessité la trépanation de la mastoïde. La papillite double a persisté même longtemps après la guérison. Le pus du sinus contenait du streptocoque pur, tandis que l'otite moyenne était due au staphylocoque en culture pure.

2. Passow. — **Othématome.** — Deux cas guéris par incision parallèle au bord libre de l'oreille. Guérison parfaite.

3. Wagner. — a) **Enorme endothéliome de la dure-mère.** A été porté par le malade depuis 1871 ; b) **tumeur pulsatile du conduit** partant probablement de la dure-mère ; c) **réflexe pulsatile avec tympan intact.** — Garçon de 13 ans atteint de surdité. Il se développe probablement une tumeur.

4. Herzfeld. — **Fracture du conduit.** — Le malade est tombé sur le menton. A l'endroit de la fracture, l'épiderme est déchiré, la brèche osseuse s'ouvre et se ferme à l'ouverture et à la fermeture de la bouche.

Discussion.

Ad. 1. — Bruhl a vu également la papillite rétrocéder lentement.
Ad. 2. — Katz propose une excision d'un lambeau triangulaire.
Ad. 3. — Herzfeld une incision unique longue.
Ad. 4. — Passow a vu un cas analogue par un coup de pied de cheval. Fracture du conduit du côté contre latéral.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 26 mars 1906.

Président : Politzer.

Secrétaire : Hugo Frey.

Hammerschlag. — **Démonstration d'un cas de neuro-fibromatose multiple** (Maladie de Recklinghausen) analysé dans les *Annales.*

E. Urbantschitsch. — **Plastique d'une fistule rétro-auriculaire.**

Neumann. — **Périchondrite post-opératoire.** — Dans 5 cas dont 3 incontestables, le pyocyanique a été trouvé comme cause de la périchondrite. Ces expériences sont conformes à celles des autres observateurs. Dans le traitement, l'eau oxygénée s'est montrée

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Monatschr. f. Ohrenh.*, n° 2, 1907.

inefficace. Il faut employer le nitrate d'argent. Neumann conseille de rechercher le pyocyanus avant chaque opération et d'employer le nitrate d'argent prophylactiquement.

Discussion.

KAUFMANN demande si le pyocyanus se trouve dans le conduit externe ou dans la sécrétion de la caisse.

NEUMANN dit que ce n'est pas facile à distinguer. Dans un cas le pyocyanus s'est montré deux semaines après l'opération et a été trouvé dans la sécrétion de la caisse.

GOMPERZ dit que les expériences de Neumann sont intéressantes parce que l'action pathogène du pyocyanus a été contestée dernièrement (Preysing-Kessel).

ALT. — Le pyocyanus peut provoquer la périchondrite, mais d'autres bactéries ont le même pouvoir.

NEUMANN. — En dehors des auteurs cités par Gomperz, Lermoyez, Voss et Körner et d'autres ont écrit sur ce chapitre. Il ne peut pas subsister de doute d'après ces auteurs sur l'action pathogène du pyocyanus.

NEUMANN présente **le changement de pansement** chez une fillette de 7 ans opérée d'une thrombose du sinus. On voit le sinus transverse jusqu'au torcular, le golfe ouvert et la jugulaire ligaturée. L'enfant est sans fièvre.

RUTTIN. — **Kyste dans la brèche après** radicale. — Une jeune fille de 12 ans a été opérée il y a 2 ans de radicale des deux côtés. Sur le côté gauche, rien de particulier. Du côté droit, la plaie opératoire est épidermisée jusqu'à la paroi interne de la caisse. Là, on voit, sur une longueur de 2 centimètres et demi et sur une largeur de 1 centimètre, une coloration bleue tranchant nettement sur l'os épidermisé blanc-jaunâtre. Si on touche la partie bleue à la sonde, on a nettement la sensation de toucher une membrane tendue sur une cavité remplie de liquides. Ce cas en rappelle à Ruttin un autre, observé chez un adulte, un an après la radicale. On voyait dans la cavité épidermisée, correspondant au sinus, une tumeur bleue fluctuante, diagnostiquée à l'étranger par un maître comme ectasie de la paroi sinusale. Comme la tumeur ne montrait pas de pulsations, Politzer l'a incisée tranquillement. Il s'est écoulé un liquide clair, jaune rosâtre. La tumeur a été sectionnée dans toute sa longueur. La paroi postérieure de la cavité

kystique était formée par un tissu ayant l'aspect d'une muqueuse, sis sur un os d'aspect sain mais non épidermisé. L'étiologie de ces kystes n'est pas assez claire. Ils doivent probablement leur origine à des parcelles de muqueuse restées après la radicale. Un cas analogue a été présenté par Heine.

Discussion.

Gomperz rappelle un cas analogue présenté par lui à la Société.

Politzer fait une distinction entre le kyste véritable et gonflement kystique sous l'épiderme.

Neumann croit que ces formations sont dues à des parties de la muqueuse saine laissées pendant l'opération.

V. Urbantschitsch ne croit pas que cette explication soit toujours acceptable.

Hammerschlag dit que Zeroni qui a décrit des cas analogues prétend que ce sont des restes d'épithélium qui occasionnent ces kystes.

Ruttin. — **Particularité dans la conduction osseuse, dans les tumeurs du cerveau.** — Une femme de 45 ans est atteinte de tumeur du cerveau. La voix haute est entendue à 6 mètres, la voix chuchotée à 4 mètres. Pour la perception des sons, il existe une diminution remarquable dans la conduction osseuse. Ce symptôme a été trouvé dans d'autres cas de tumeur du cerveau et Politzer a fait la même remarque dans son livre.

Dans la discussion, Hammerschlag dit qu'il est possible qu'il s'agisse dans ce cas de tumeur du cerveau compliquée d'hystérie, qui, à elle seule, peut expliquer ce symptôme. Il faudrait rechercher le symptôme de la fatigue, indiqué par Hammerschlag et caractéristique de l'hystérie.

Séance du 25 juin 1906.

Alt. — **Anastomose hypo-glosso-faciale.** — Un enfant de 6 ans atteint depuis l'âge de 4 ans d'une otite double post-scarlatineuse. Radicale à droite. On trouve un séquestre du canal horizontal. Parésie faciale constatée avant l'opération. Quand on enlève le séquestre, on trouve dedans un morceau du facial. Trois jours

après l'opération, l'enfant fait une rougeole avec bronchite. L'anastomose de deux nerfs n'a pu être exécutée qu'un mois plus tard. Alt va chercher le facial au trou stylo-mastoïdien. Il le sectionne et abouche la partie périphérique avec le corps de l'hypoglosse. Sur le résultat opératoire, il ne peut pas encore se prononcer.

Discussion.

ALEXANDER. — Il n'est pas rare de trouver une partie du facial dans des séquestres du labyrinthe. Le procédé suivi par Alt ne diffère pas de celui suivi par les autres opérateurs.

ALT dit que la particularité a été d'aller très haut pour ne pas trop tirer sur le facial.

ALEXANDER. — Quand on ne sectionne pas le facial, au trou stylo-mastoïdien, mais quand on le sort prudemment, on évite ce traumatisme du facial.

NEUMANN. — Les séquestres du labyrinthe avec inclusion du facial sont évidemment fréquents. Quand il y a un séquestre total de la pyramide, on trouve une raison anatomique. A l'examen on voit que le noyau de la pyramide est entouré par des cellules pneumatiques. Une pyramide pareille paraît prédestinée à la séquestration. Quant au résultat de l'anastomose des deux nerfs (VII et XII) il est discutable. Souvent, l'anastomose ne réussit pas. D'autres fois, on peut voir une paralysie de la langue avec atrophie consécutive. Le jeu fin des muscles de la figure est toujours perdu. Laurens et Zasas, ce dernier en s'appuyant sur 26 cas, sont arrivés à ce résultat.

D'autres expériences sont donc à souhaiter. On pourrait par exemple essayer la greffe des artères et des nerfs.

ALEXANDER regrette que Neumann ne l'ait pas prévenu plus tôt de ses critiques. Il peut répondre que la paralysie de la langue a disparu au bout de 1 an 1/4 dans un cas. Quant aux mouvements synchrones de l'accessoire, les malades peuvent apprendre à s'en défaire (cas de Ballance). Sur 4 cas, 1 a guéri. Laurens n'a jamais fait une anastomose. Il a simplement copié Ballance. C'est regrettable que Laurens le cite mal, ne connaissant pas l'anglais. Accepter ce qu'il dit sans critique est impossible.

ALT n'a pas voulu parler sur la valeur de l'opération. Sur 27 cas trouvés dans la littérature, qui n'appartiennent pas tous à l'oto-chirurgie, on peut conclure que l'opération a un avenir. Les malades apprennent à se défaire des mouvements synchrones du bras et de la langue.

NEUMANN. — **Présentation d'une malade** chez laquelle il a exécuté une radicale avec ouverture d'un abcès extra-dural. Cinq jours après l'opération, avec un état général excellent, perte brusque de la conscience avec contractions continuelles d'intensité progressive du côté contra-latéral. On fait une incision de la dure-mère et tout rentre dans l'ordre, à part une légère parésie. Körner a déjà vu des cas analogues et dit que ce sont les irritations partant de la dure-mère granuleuse qui provoquent ces troubles.

Discussion.

V. URBANTSCHITSCH a présenté un cas avec troubles aphasiques pendant un jour après la radicale. Il n'a pas jugé nécessaire dans son cas de faire une intervention. Il montrera prochainement un cas où des troubles analogues étaient dus à une sinusite maxillaire et suppuration de la caisse. Les troubles ont disparu après l'opération du sinus.

NEUMANN. — **Complications d'otite aiguë datant de huit jours.** — A l'opération, on trouve thrombose pariétale du sinus qui a nécessité la ligature de la jugulaire. A la suite, hémiplégie contra latérale.

Discussion.

HUGO FREY a vu l'hémiplégie contra-latérale consécutive à un tamponnement du sinus ou à la ligature de la jugulaire. La cause de ces accidents est due à une étroitesse du sinus ou de la jugulaire du côté opposé.

NEUMANN. — L'intérêt de son cas n'était pas l'hémiplégie mais bien la courte durée de l'otite. Du reste, si le thrombus avait été obstruant, il n'y aurait pas eu ces accidents.

ERNEST URBANTSCHITSCH. — **Succès acoustique remarquable.** — Une jeune fille sourde-muette de 15 ans est atteinte d'otite moyenne suppurée bilatérale avec cholestéatomes. L'oreille gauche était complètement sourde et on a procédé à la radicale en décembre 1904. L'oreille droite entendait des mots dits à une distance de 2 mètres. Des accidents survenus sur cette oreille nécessitèrent, en avril 1906, la radicale de ce côté. La mère de l'enfant a été prévenue qu'à la suite de l'opération, la malade pourrait perdre ce qui restait de l'audition. Au grand étonnement, la malade en-

tend maintenant des mots et des phrases à une distance de 6 mètres et il n'y a pas de différence quand l'oreille est libre, tamponnée ou dans un pansement.

Ernest Urbantschitsch. — **Perception croisée chez les sourds-muets.** — Urbantschitsch a constaté, chez les sourds-muets de naissance, le phénomène suivant : Si l'on pose le diapason sur un point du crâne, le son est projeté sur le côté opposé et il sera entendu, soit dans l'oreille opposée, soit dans un point diamétralement opposé ; par exemple, le diapason sur l'apophyse mastoïde droite est entendu dans l'oreille gauche et *vice versa ;* un diapason sur la tubérosité frontale droite est entendu dans l'oreille gauche ou dans la tubérosité occipitale gauche ; sur l'incisive moyenne droite, dans l'oreille gauche. Parfois, ce phénomène se voit même dans la conduction aérienne. Il paraît indubitable à Urbantschitsch qu'il existe une relation entre ce phénomène et la surdi-mutité.

Discussion.

Hugo Frey. — Dans ces expériences, il est important de savoir ce qui est phénomène mécano-physiologique ou ce qui est psychique. Le phénomène de la projection dans le crâne a été souvent étudié. Ce qui est remarquable dans les expériences de Urbantschitsch est que le son du diapason placé dans la ligne médiane est entendu sur un point diamétralement opposé. Les expériences du Prof. Urbantschitsch nous ont montré qu'un homme avec audition normale projette un son pareil dans l'espace idéal subjectif. Frey croit que ces enfants ne peuvent pas distinguer les sensations acoustiques des sensations tactiles. Ce qu'ils croient être un son est en réalité la vibration maxima. Il doute fort qu'il y ait une véritable projection du son d'une oreille à l'autre. Quand on bouche l'oreille opposée d'un enfant, il prétend ne rien entendre. En acceptant l'hypothèse de Urbantschitsch, on devrait trouver que le son conduit par l'os est renforcé.

E. Urbantschitsch. — La supposition de Frey que les conditions mécano-physiologiques jouent un rôle dans les phénomènes qu'il a observés est certainement acceptable pour une partie des malades examinés. Mais il a la conviction que chez d'autres sujets examinés, il s'agit sûrement d'une perception acoustique. Il est possible aussi que la suggestion y joue un rôle. La perception croisée par conduction aérienne lui paraît aussi très suspecte. Il répète que ses expériences ne sont nullement définitives.

RUTTIN. — **Présentation d'une malade.** — Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans atteinte d'otorrhée depuis l'enfance et chez laquelle une intervention sur l'oreille est devenue nécessaire. L'intervention a consisté en radicale, extraction d'un cholestéatome, ligature de la jugulaire, nettoyage du sinus. Le cas est intéressant, parce qu'il montre qu'une thrombose même très étendue du sinus, peut persister sans symptômes. Ce thrombus était stérile, c'est-à-dire que l'opération a été exécutée à une période où l'oreille n'a pas encore pu l'infecter.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE (1)

(15e réunion tenue à Vienne les 1er et 2 juin 1906.)

HINSBERG. — **Sur les suppurations du labyrinthe.** — Sur cent otites il y a une labyrinthite, elle est donc plus fréquente que toutes les complications crâniennes ensemble. Elle constitue la première étape dans une grande part des méningites, et dans la moitié des abcès du cervelet. Dans l'étiologie, le traumatisme joue un rôle négligeable, si l'on ne compte pas l'ouverture accidentelle du labyrinthe par le chirurgien. L'otite aiguë occasionne la labyrinthite seulement dans les cas négligés ou à la suite de scarlatine. Parmi les otites chroniques, il faut mentionner le cholestéatome et la tuberculose. Le chemin le plus fréquent que prend l'infection est la fenêtre ovale. Quand il y a plusieurs « fistules » il faut songer à la possibilité d'une marche rétrograde de la suppuration.

La labyrinthite peut se développer également à la suite d'un abcès extra-dural de la paroi postérieure de la pyramide. La suppuration érode le canal postérieur ou supérieur.

Les altérations du labyrinthe sont le plus marquées près de la porte d'entrée du pus. De là, les lésions peuvent s'étendre sur les parties voisines ou sur les parties plus ou moins distantes. Dans les labyrinthites traumatiques, on voit surtout cette dernière forme.

(1) Compte rendu par LAUTMANN, d'après *Zeitsch. f. Ohrenh.*, tome LII, nos 1-2.

Pour entrer du labyrinthe dans le cerveau, le pus peut prendre ou les chemins préformés soit par des déhiscences naturelles, soit par le nerf acoustique, soit par les aqueducs, ou il peut s'en créer un nouveau par la destruction de la capsule labyrinthique.

L'infection de la cavité crânienne par l'aqueduc cochléaire paraît plus fréquente qu'on ne l'a cru. L'infection par l'aqueduc du vestibule peut donner naissance à un empyème du sac endo-lymphatique. On l'a constaté dans 25 cas. Cet empyème peut occasionner une méningite foudroyante ou amener un abcès du cervelet.

Toutes les voies d'infection conduisent dans la fosse cérébrale postérieure. Il faut se rappeler cette particularité quand, dans une labyrinthite, on remarque des symptômes cérébraux. Sans entrer dans le détail de la symptomatologie, Hinsberg rappelle qu'on peut grouper les symptômes de la labyrinthite dans deux catégories : 1° symptômes dûs à une irritation du limaçon (bruits subjectifs) de l'appareil statique (vertige, nystagmus, nausées, etc.) : 2° dûs à une destruction du limaçon (surdité) de l'appareil statique (troubles de l'équilibre, sans vertige, ni nystagmus). La fièvre n'est pas caractéristique pour la labyrinthite, elle peut même manquer (37°,5). Les troubles de la papille, des muscles de l'œil, du pouls, paraissent appartenir aux complications de la labyrinthite. L'état de la pupille n'est pas encore nettement défini.

La labyrinthite est, quant à ses symptômes et à son évolution, sous la dépendance de l'otite. La rétention du pus dans l'oreille moyenne, une infection nouvelle ou un gonflement du cholestéatome, l'extraction d'un polype ou une cautérisation de la caisse, peuvent occasionner l'invasion de la labyrinthite dans la cavité crânienne.

Nous voyons quelquefois, à la suite d'une grande opération sur l'oreille, des sujets, autrement bien portants, mourir d'une méningite aiguë. Une fois sur deux, la labyrinthite latente a fait le trait d'union.

Pour le diagnostic, l'examen exact de l'audition est de la plus haute importance. Le procédé indiqué par Bezold doit être suivi. Il faut faire le relief acoustique des *deux* oreilles ; c'est ainsi qu'on reconnaîtra que, dans la surdité unilatérale, le relief obtenu pour l'oreille sourde est trompeur et est attribuable seulement à l'autre oreille.

L'expérience de Lucae-Donnert est absolument probante.

Aussi importante que l'examen fonctionnel est l'inspection de la paroi labyrinthique de la caisse. Depuis sa communication, Hins-

berg a publié sur cette question un travail analysé dans les *Annales*. Ces deux moyens de diagnostic permettent de constituer les types suivants.

1° Labyrinthite diffuse. Symptômes :

a) Avant l'opération : surdité, phénomènes d'irritation et de disparition de l'appareil statique ;

b) Pendant l'opération : perte ou destruction de l'étrier avec ou sans fistule du canal circulaire.

2° Labyrinthite circonscrite. Symptômes :

I a) Avant l'opération : phénomènes d'irritation avec audition relativement bonne ;

b) Pendant l'opération : fistule du canal circulaire. Etrier conservé.

Ou II a) Avant l'opération.: pas de phénomènes labyrinthiques. Audition relativement bonne ;

b) Pendant l'opération : fistule du canal circulaire.

3° Irritation du labyrinthe sans infection.

On ne peut se prononcer sur le pronostic, la mortalité variant chez les auteurs entre 25 et 86 °/₀. Pour Hinsberg, elle paraît moins grande, de 15 à 20 °/₀, et pour les cas opérés, d'après les indications de Hinsberg, elle tombe à 4,2 °/₀.

La technique de l'opération a été décrite par lui dans *Zeit. f. Ohrenh.*, bd XLI. La méthode de Neumann est bonne dans les complications avec abcès endo-crâniens.

La guérison se fait par granulations de la plaie et est suivie de perte irrémédiable de l'audition de ce côté.

HERZOG. — **Labyrinthite tuberculeuse suivie de guérison.** — Herzog a examiné systématiquement depuis un an l'oreille de tous les malades morts de tuberculose pulmonaire. Sur cent cadavres de tuberculeux, il a trouvé dix-sept individus ayant été atteints de vingt et une otites. Sur cinq malades, on a pu diagnostiquer pendant la vie la labyrinthite, qui était double chez l'un. La guérison de la labyrinthite a été constatée chez un des malades. Ce cas publié par Herzog a été analysé dans les *Annales*.

KÜMMEL. — **Le labyrinthite et son traitement à la clinique de Heidelberg.** — Kümmel n'a pas trouvé mentionné dans le rapport de Hinsberg que la labyrinthite est particulièrement fréquente dans l'otite tuberculeuse. Sur vingt-six labyrinthites opérées, six fois il s'est agi de tuberculose. A l'avenir, on trouvera facilement

encore un plus grand pourcentage, si on recherche la tuberculose surtout dans les sequestres du labyrinthe. Chez l'enfant, la tuberculose nécrosante constitue une maladie particulière. Sequestre après sequestre se détache, jusqu'à ce que la pyramide entière soit sortie. L'évolution de cette maladie paraît au premier abord bénigne, mais les enfants meurent tous de méningite.

PANSE. — **Examen fonctionnel du labyrinthe et examen histologique.** — Panse insiste de nouveau sur la possibilité de diagnostiquer la labyrinthite circonscrite. Quelques cas sont présentés avec examen histologique. Panse présente un tableau schématique d'après lequel le médecin doit faire l'examen dans un cas de labyrinthite.

Discussion du rapport Hinsberg.

PASSOW montre sur un cas combien il est difficile de faire le diagnostic de l'empyème du sacculus endo-lymphatique, sans examen histologique (analysé dans les *Annales*).

BRIEGER trouve que les fistules isolées du canal circulaire sont très rares. La transparence du canal circulaire se voit sans altération du labyrinthe. La tuberculose est fréquente dans la labyrinthite.

POLITZER conseille de surveiller le conduit interne dans les opérations sur le labyrinthe.

HABERMANN, dans un cas de perforation de la fenêtre ovale, avec relâchement de l'étrier, a constaté une augmentation de la perception osseuse.

PANSE dit que la fistule isolée du canal circulaire est rare, mais bonne au point de vue du pronostic.

GOERKE est également d'avis d'examiner chaque cas au microscope. Il a pu prouver, par le microscope, l'existence d'un empyème du sac endo-lymphatique.

NEUMANN dit qu'à la clinique Politzer on exécute la radicale chaque fois que la suppuration du labyrinthe est constatée.

Pour l'ouverture immédiate du labyrinthe, on se décide : *a*) d'après l'état local ; *b*) d'après l'examen fonctionnel.

BARANY insiste sur le détail de l'examen de l'appareil vestibulaire, Un moyen de diagnostic très simple est le seringage du conduit avec de l'eau à différentes températures (Examen du nystagmus calorique).

Habermann dit que le seringuage à l'eau froide peut être dangereux.

Denker dit que les examens violents, comme, par exemple, par le saut, peuvent être dangereux.

Wanner voit les mêmes dangers dans les expériences par la rotation.

Briegers conseille, pour faire les ichnogrammes, de badigeonner la plante du pied des sujets avec une solution à 5 °/₀ de ferrocyanure de potassium, et de les laisser marcher sur une toile imbibée de perchlorure de fer.

Barany présente un appareil pour l'examen de la contre-rotation des yeux.

Kümmel insiste sur la tendance qu'a le labyrinthe à la guérison. En conséquence, il lui paraît suffisant de faire une ouverture dans la fenêtre ronde et dans le limaçon.

Neumann fait remarquer la rapidité de la guérison d'après sa méthode. Epidermisation complète en huit semaines. Par l'ouverture de la paroi tympanique, la guérison demande parfois un an.

Hinsberg résume en quelques mots les résultats de la discussion et reçoit les félicitations du président.

Denker. — **Nouvelle méthode opératoire pour les tumeurs malignes du nez.** — Incision horizontale de la muqueuse : $0^m,01$ au-dessus du bord de la gencive, partant de la dent de sagesse et allant au delà de la ligne médiane à $0^m,01$, se dirigeant en haut vers le bord inférieur de l'ouverture pyriforme. Les parties molles sont repoussées en haut jusqu'au bord inférieur de l'orbite. Du bord de l'ouverture pyriforme, la muqueuse de la paroi latérale du nez dans le méat moyen et inférieur, est soulevée. Le cornet inférieur est réséqué. Résection de la paroi faciale du sinus maxillaire, nettoyage du sinus et ablation, si nécessaire, de la paroi latérale du nez. Jusqu'à ce moment de l'opération on peut empêcher l'entrée du sang dans la cavité nasale. Ensuite, résection rapide de la muqueuse de la paroi latérale du nez. Excision de la tumeur, nettoyage des cellules ethmoïdales, du sinus sphénoïdal. Tamponnement. Suture de la plaie. Soins consécutifs par le nez.

Zimmermann. — **Physiologie de la conduction du son.** — Il s'élève contre la théorie de Bœnninghaus, édifiée sur les expériences sur l'oreille des cétacés. Zimmermann croit que le liquide labyrinthique ne joue aucun rôle dans la conduction du son, et certainement ce liquide n'exécute pas le mouvement en spirale entre les

deux fenêtres, dont parle Bezold. Il sert pour réagir contre les changements brusques dans la pression extra-labyrinthique.

FRANKL-HOCHWART. — **Sur le vertige de Ménière** (travail analysé dans les *Annales*). — Dans le diagnostic différentiel, il faudra songer au vertige dû aux anomalies de la réfraction, au vertige des maladies infectieuses, syphilis, qui se laissent facilement distinguer par leur autre caractère. Les autres maladies endo-crâniennes, ramollissement, hémorrhagies, tumeurs sont rarement accompagnées d'un vertige rotatoire, et de bourdonnements d'oreilles. Le tabès seul prêterait à la confusion. Le vertige neurasthénique nous paraît plus difficile à distinguer. D'après Frankl-Hochwart, le vertige est rarement un vertige rotatoire, bourdonnements et vomissements manquent souvent. La différenciation avec hystérie et épilepsie est difficile. Il est très difficile de reconnaître les formes frustes sans troubles acoustiques. Frankl-Hochwart se voit obligé, même chez des individus avec oreille saine et nullement nerveux, de faire le diagnostic de vertige vestibulaire, supposant que l'appareil vestibulaire est malade seul ou avant l'appareil cochléaire. Frankl-Hochwart a vu des cas de vertige de Ménière sans bourdonnements d'oreille. Enfin, à la place du vertige, il peut n'exister qu'une sensation d'insécurité, de pression sur la tête ou dans les yeux. Quant au pronostic, 50 °/₀ des malades guérissent du vertige. La surdité reste constante.

BRUHL. — **Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille.** — *a*) Surdité dans le tabès. Dégénérescence dans les racines de l'acoustique et atrophie dans le limaçon, surtout du ganglion spirale; *b*) ankylose du marteau et carie de l'enclume; *c*) d'autres préparations macroscopiques.

NAGER. — **Démonstration microscopique provenant surtout des cas morts de méningite cérébro-spinale épidémique.**

PASSOW. — **Sur l'otoscopie.** — L'image du tympan est d'autant plus irréelle que l'inclinaison du tympan se rapproche de celle de la paroi supérieure du conduit. Les erreurs que l'ont commet sont quelquefois très grossières, et on localise des lésions dans des quadrants où elles ne se trouvent pas en réalité. Cette division en quadrants est surtout fausse quand le marteau est rétracté. Cette division du tympan en quadrants devrait être délaissée.

SCHRŒTTER. — **Nouveau tube pour endoscopie** (analysé).

BEHM. — **Mensuration du son** à l'aide de deux nouveaux appareils.

Séance du 2 juin 1906.

GUTZMANN. — **Sur la valeur de la sensation de la vibration pour l'instruction des sourds-muets.** — Présentation d'un nouvel appareil permettant de rendre sensible la vibration de la voix. Conseils pour l'instruction des élèves sourds-muets.

SCHŒNEMANN. — **Sur la conservation de l'appareil conducteur dans la radicale.** — La technique est la suivante. Par une incision derrière et parallèle au manche du marteau, on sectionne la partie postérieure du tympan et on continue l'incision jusque dans la membrane de Schrapnell, et, de là, le long du conduit externe jusqu'à peu près à l'entrée. On sépare, à l'aide d'un petit bistouri courbe, les ligaments entre enclume et marteau, et entre la paroi externe de l'attique. On exécute ensuite la radicale et on peut ainsi, grâce à l'acte préparatoire, enlever la partie latérale de l'attique sans altérer la chaîne des osselets.

HABERMANN. — **Sur la surdité professionnelle.** — Sur 107 cas examinés, Habermann a trouvé que l'audition a diminué pour les sons aigus.

La voix chuchotée a toujours été entendue. 5 cas ont été examinés au microscope. Habermann a trouvé des lésions sur l'organe de Corti, mais les résultats ne paraissent pas probants, le sujet examiné étant mort de maladie qui aurait pu influencer sur l'état de l'acoustique (par exemple méningite, artério-sclérose).

BLOCH. — **Surdité dans la rétinite pigmentaire.** — Dans la rétinite pigmentaire, une surdité nerveuse, plus ou moins prononcée, peut être considérée comme la règle. Les ophtalmologistes n'admettent que 20 %. Bloch invite les auristes à s'occuper à l'avenir de ce sujet.

KÜMMEL. — **Remarques cliniques et bactériologiques sur les otites moyennes aiguës.** — Le travail a été analysé.

HOFFMANN. — **La fièvre et ses causes dans l'abcès otogène du cerveau.** — Leutert a cru que la fièvre passagère dans l'abcès du cerveau était due à une méningite séreuse. Hoffmann croit que la méningite est, malgré le caractère passager de la fièvre, toujours suppurée. La ponction lombaire en donne la preuve.

WANNER. — **Illustration de la différence de l'audition du son et de la parole.**

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE MUNICH (1)

Séance du 18 juin 1906.

Président : HAUG

Secrétaire : BŒHM.

BACHAUER. — **Mastoïdite de Bezold.** — Cas intéressant par la malignité et la rapidité de son évolution.

HERZOG. — **Labyrinthite tuberculeuse.** — L'otite tuberculeuse se propage facilement sur l'oreille interne. Sur cent tuberculeux, Herzog compte dix-neuf atteints d'otite moyenne chronique et sur cinq malades, il a pu diagnostiquer une affection du labyrinthe dont 3 cas démontrés par l'autopsie. La porte d'entrée était la fenêtre ovale.

HECHT présente **deux amygdales pharyngées** dont une caractérisée par son volume énorme, l'autre parce qu'elle a été trouvée chez un homme de 61 ans, et parce qu'elle contenait une concrétion. Les deux amygdales ont été enlevées avec l'adénotome de Schutz.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 1, 1907.

Neumayer. — **Préparation.** — Une gomme a établi une communication entre la bronche gauche et l'œsophage. La malade est morte avant qu'on ait pu faire l'œsophagoscopie.

Séance du 5 novembre.

Président : Haug.

Secrétaire : Bœhm.

Hecht. — **Présentation des cas.** — 1° Bulle osseuse du cornet moyen remplie à l'intérieur de polypes muqueux. 2° Un malade opéré radicalement de sinusite frontale. La sinusite maxillaire coexistante a été tarie dans les premières semaines après l'opération de la sinusite frontale, par l'aspiration par l'alvéole. 3° Petite canule alvéolaire en forme de baïonnette, avec renflement conique permettant la fermeture exacte de la fistule alvéolaire pendant le lavage. 4° Petit sequestre alvéolaire produit par la brûlure de l'os pendant la trépanation de l'apophyse alvéolaire. 5° Plusieurs autres petits instruments, écarteur pour sinusite frontale, guide-anse électrique pour tonsillotomie. 6° Un jeune homme de 18 ans avec dyspnée inspiratoire. Examen du larynx difficile par la rigidité de l'épiglotte. L'amputation de l'épiglotte sera nécessaire pour permettre l'examen du larynx.

Discussion.

Mader. — Quant au dernier cas présenté, Mader croit qu'il ne s'agit pas de syphilis, car la syphilis occasionne plutôt des sténoses que des paralysies. Dans le cas présenté, la dyspnée inspiratoire est due à l'aspiration des aryténoïdes pendant l'inspiration. Quant à la perforation par l'alvéole, Mader est d'avis de ne pas faire trop petites les fistules. Il a vu souvent que les canules se sont cassées dans les fistules trop étroites. Il a même vu l'érysipèle dû à l'étroitesse de la fistule. Il n'est pas de l'avis de Hecht de se passer d'obturateur.

Hecht n'est pas convaincu qu'il faille faire de larges fistules al-

véolaires et employer des obturateurs. Il n'a jamais constaté les inconvénients cités par Mader.

Bœhm. — a) **Rhinolite.** b) **Polype muqueux** — Ce polype avait une grandeur insolite et remplissait le cavum. c) **Hypertrophie du pôle postérieur du cornet inférieur** enlevé par un coup de ciseau de Beckmann. C'est le meilleur instrument pour enlever les queues de cornet.

Discussion.

Hoffmann présente deux rhinolithes provenant d'un enfant de 3 ans.

Mader opère les queues de cornet avec l'anse froide. L'hémorrhagie n'est pas grande quand on a soin de serrer la tumeur et non pas de l'arracher. L'anse chaude est à déconseiller. Des catarrhes de la trompe et des sinusites sont provoqués par la réaction consécutive à la caustique.

Hecht. — Les rhinolites sont rares. Il est étonné qu'ils provoquent si peu de troubles réflexes. Quant à la résection des cornets par les ciseaux, il faut se méfier d'exagérer et avoir soin du rôle physiologique des cornets. La cautérisation nasale effraye à tort Mader. Il a l'habitude d'enlever les queues de cornet avec l'anse chaude et n'a jamais observé de complications post-opératoires. Les angines après caustique peuvent être évitées par des gargarismes prophylactiques.

Haug. — a) **Angiopapillome de la luette**; b) **ostéome de l'apophyse mastoïde.** — L'ostéome a été causé par une otite moyenne chronique qui a dû être opérée il y a quatre ans; c) **ostéochon drome du conduit.**

SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI (1)

Séance du 5 février 1906.

***Président* : Cumberbatch.**

Macleod Yearsley. — **Epithélioma du pavillon.** — Le malade se présenta a l'hôpital le 13 décembre 1905 ; deux mois auparavant, il avait découvert au niveau du pavillon de l'oreille gauche un petit nodule qui avait grossi et s'était ulcéré un mois après. A l'examen, on trouvait une ulcération dure, surélevée, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, et située sur la dépression de l'anthélix. Aucune participation ganglionnaire. Le 19 décembre, le pavillon fut enlevé en entier, à l'exception du lobule ; la guérison fut rapide. Les urines du malade étaient acides et contenaient beaucoup de sucre. L'examen microscopique prouva qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

Urban Pritchard signale l'épithélioma du pavillon comme le plus bénin des épithéliomas lorsqu'il est opéré.

Arthur Cheatle demande si Yearsley a orienté son interrogatoire dans le sens de la syphilis que l'on confond si souvent, en cette région, avec l'épithélioma. Il connait un cas pour lequel le microscope lui-même avait répondu tumeur maligne, et que l'iodure de potassium avait cependant guéri. Dans d'autres cas, en particulier dans un auquel Pritchard vient de faire allusion, la mort est survenue du fait de la paralysie générale.

Milligan signale l'envahissement ganglionnaire tardif dans les cas d'épithélioma de l'oreille externe, et attire l'attention sur le traumatisme qu'il a souvent noté dans les cas relativement nombreux qu'il lui a été donné de voir.

Jobson Horne demande à Yearsley de vouloir bien soumettre les pièces à la « Commission des Tumeurs ».

Richard Lake, frappé des résultats obtenus par la radiothérapie, soumettrait le malade aux rayons X.

Yearley répond que la syphilis, attentivement recherchée, n'a pas été reconnue ; il lui semble très rare de trouver les ganglions

(1) Comptes-rendus par Fernand Lemaitre.

pris au moins au début ; il est tout à fait d'avis de faire examiner ses préparations ; il ne lui reste plus autre chose de la tumeur.

MACLEOD YEARSLEY. — **Couleur anormale de la membrane du tympan.** — X., 17 ans, se présente avec une légère surdité et des bourdonnements de l'oreille gauche, ces symptômes ayant débuté il y a huit mois. Le lavage de l'oreille ramena un peu de cérumen et quelques débris épithéliaux. La membrane gauche, normale à tout autre point de vue, présentait une coloration bleu foncé, ou plutôt ardoisée. Mobilité du marteau légèrement diminuée au Sieglé. Le cathétérisme normal ne modifia pas l'aspect de la membrane. Epreuves auditives : acoumètre, conversation haute et chuchotée = diminution appréciable de l'audition du côté gauche. Weber latéralisé à gauche ; Rinne + à droite, — à gauche ; conduction osseuse non modifiée.

CUMBERBATCH ne croit pas qu'il s'agisse de congestion veineuse.

URBAN PRITCHARD rappelle le cas signalé par Rohrer et qui avait fait sourire certains membres. Il fait remarquer que seule la lumière solaire peut donner une idée exacte de la couleur de la membrane.

EDWARD LAW demande si le malade n'a fait aucune injection de nitrate d'argent, de bismuth ou de plomb.

ALBERT GRAY pense à l'existence possible de poussière de charbon ayant gagné la caisse par la trompe d'Eustache.

RICHARD LAKE émet l'opinion qu'un bulbe de la jugulaire dilaté, venant faire saillie dans la caisse, pourrait donner cet aspect.

SYDNEY SCOTT a présenté une pièce qui montrait la paroi du bulbe de la jugulaire formant le plancher et la paroi interne de l'oreille moyenne. Dans le cas présent, la coloration bleue de la membrane, très nette en bas et vers la portion moyenne, n'existe pas au niveau de la membrane de Schrapnell. La compression de la jugulaire pendant l'examen otoscopique pourrait peut-être donner quelque renseignement.

ARTHUR CHEATLE n'a jamais vu de bulbe de la jugulaire dépasser la fenêtre ronde.

YEARSLEY répond qu'aucun traitement antérieur n'a été suivi ; l'unilatéralité de l'affection lui fait repousser comme étiologie la poussière de charbon ; il n'a pas comprimé la jugulaire. Le son résultant du cathétérisme est très clair ; le tube otoscope ne fait entendre aucun bruit veineux, deux arguments contre l'hypothèse de bulbe de la jugulaire.

ALBERT GRAY. — Coupes de labyrinthe dans certains cas pathologiques (labyrinthites suppurées, otosclérose, etc.).

ALBERT GRAY. — Coupes d'oreille interne servant à l'anatomie comparée du labyrinthe des mammifères (antilope, mouton, porc, chat, souris, souris dansante).

LAWRENCE. — Occlusion presque complète du méat à la suite d'un accident. — R. B., 66 ans, fut admis à l'hôpital pour des bourdonnements, de l'insomnie et de la céphalée tenace. La démarche était irrégulière, vertigineuse. En 1868, le malade avait été assommé par un coup sur la tête ; en 1870, il avait contracté la syphilis. Durant son court séjour à l'hôpital, R. B. fut mis au traitement antispécifique : presque tous les symptômes disparurent. Seule, l'oreille droite présente une sténose presque complète du méat ; un orifice, comme une tête d'épingle, donne issue à un léger exsudat. Les bourdonnements existent encore, mais le vertige et l'insomnie ont disparu ; les réflexes rotuliens existent des deux côtés, peut-être légèrement exagérés à droite. Que faire au point de vue traitement ?

GRANT demande jusqu'où s'étend le rétrécissement.

SECKER WALKER propose, à cause de la récidive facile, de faire une plastique comme pour l'évidement.

MILLIGAN. — Tumeur maligne développée dans la peau au niveau de l'apophyse mastoïde. — Jeune fille de 19 ans qui, depuis un an, a maigri et a perdu ses forces ; elle se plaint de douleurs intolérables à l'intérieur et en arrière de l'oreille. Une tumeur grosse comme une orange, située au niveau de la mastoïde gauche, englobe le tiers inférieur du conduit auditif et s'étend profondément dans les tissus du cou, en arrière de la mâchoire. Dure, saignante, encore mobile, cette tumeur présente une ulcération grande comme une pièce de un franc. On sent derrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien deux ou trois ganglions. Bien qu'il s'agisse déjà de récidive rapide (la malade a été opérée il y a un an), on intervint de nouveau : large exérèse, mise à nu de la carotide et section d'un filet du facial. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un carcinome né probablement au dépens des glandes sébacées.

WHITEHEAD. — Remarques sur 3 cas d'abcès cérebelleux. — Les suppurations du temporal gagnent la fosse cérébelleuse par trois

voies : le sinus latéral, le labyrinthe et une zone triangulaire limitée en haut par le sinus pétreux supérieur, en avant par le canal demi-circulaire postérieur, en arrière par le sinus latéral. C'est généralement cette dernière voie que suit le pus. L'auteur rapporte 3 cas récents. Dans le premier cas, les lésions ayant conduit vers cette région, on découvrit une perforation de la dure-mère communiquant avec la poche purulente cérébelleuse : évacuation et guérison rapide. Dans le deuxième cas, l'état général était très mauvais (vomissements, état demi-comateux) ; on trouva un abcès extra dural répondant à la région signalée plus haut et au niveau de laquelle la dure-mère incisée donna issue à un abcès cérébelleux. La mort n'en survint pas moins dix heures après l'intervention. Le troisième cas est celui d'un enfant de 8 ans qui, lorsqu'il fut opéré, présentait depuis sept jours de la céphalée, de la torpeur et des vomissements fréquents ; au cours de l'évidement, la dure-mère du toit de l'antre mise à nu et malade fut incisée ; le lobe temporo-sphénoïdal contenait un petit abcès : évacuation du pus ; aussitôt amélioration. Mais douze jours après l'opération, rechute (névrite optique double, vomissements) ; une nouvelle exploration du lobe temporo-sphénoïdal permit de reconnaître et d'évacuer un nouvel abcès ; l'état général n'en continua pas moins à baisser, et l'enfant mourut cinq semaines après la première opération sans aucun signe de localisation. Autopsie : vaste abcès du lobe temporo-sphénoïdal et abcès non soupçonné du lobe droit cérébelleux ; l'infection s'est propagée par l'oreille interne et le conduit auditif interne — suit une statistique qui montre d'une part que la mortalité, dans les cas d'abcès encéphaliques, est bien plus élevée que ne l'indiquent les classiques, et d'autre part que les abcès cérébraux sont d'un pronostic moins sévère que les abcès cérébelleux.

Dundas Grant demande si on peut toujours évacuer le pus à travers la zone pré-sinusienne et s'il n'y a pas lieu parfois de faire une contre-ouverture.

Cheatle fait remarquer que cette zone n'est autre chose que la paroi postérieure de l'antre. Mais si celui-ci est petit, il n'y a pour ainsi dire pas de paroi postérieure et l'os qui généralement est mince et transparent est alors très épais. Dans certains cas, la zone triangulaire répond au cervelet, dans d'autres, au cervelet et au sinus, dans d'autres enfin, uniquement au sinus.

Whitehead reconnaît que dans certains cas le sinus procident empêche d'aborder la fosse cérébelleuse par cette voie qui, en général, est bien préférable à l'ancienne voie rétro-sinusienne pour

rechercher, ouvrir et drainer les collections purulentes. Il s'agit bien en fait de la paroi postérieure de l'antre, ou mieux paroi postéro-interne.

DUNDAS GRANT. — **Thrombose du sinus latéral. Opération sans ligature de la jugulaire. Guérison.** — Au cours de l'évidement pratiqué pour otorrhée chronique réchauffée avec frissons, température, les lésions conduisent sur un foyer purulent sous pression et venant de l'intérieur du sinus. Le caillot fut retiré en haut jusqu'à ce que le sang coule librement, la cavité fut bourrée avec une mèche iodoformée ; en bas, le caillot organisé fut laissé en place.

DUNDAS GRANT. — **Thrombo-phlébite du bulbe de la jugulaire et abcès cérébelleux. Ligature de la veine. Drainage de l'abcès cérébelleux. Guérison.** — Observation complète, détaillée, accompagnée de la feuille de température. Suppuration chronique de l'attique, avec état général (frisson, état nauséeux, léger nystagmus) : évidement. Amélioration, puis céphalée, nystagmus plus marqué, enfin grand frisson, leucocytose polynucléaire : deuxième intervention montre le sinus thrombosé bas ; ouverture du sinus, ligature de la jugulaire, lavage sinuso-jugulaire. Après amélioration, reprise des symptômes, subcoma. La ponction lombaire ne peut être faite ; exploration du cervelet (rétro-sinusienne) et du lobe temporo-sphénoïdal négatif. On trouve, lors des pansements, une abondante quantité de pus fétide dans la plaie rétro-auriculaire ; pus également en pressant sur incision de la dure-mère cérébelleuse. Nouvelle intervention pour découvrir le bulbe jugulaire ; ponction cérébelleuse négative, mais le doigt peut être introduit dans une vaste cavité qui est celle d'un abcès cérébelleux vide de pus. Drainage de cet abcès ; dès lors marche vers la guérison. L'auteur insiste sur la localisation de la phlébite au bulbe de la jugulaire, et sur la ponction exploratrice rétro-sinusienne qui fut négative alors que la recherche pré-sinusienne aurait peut être donné des résultats.

Séance du 5 mars 1906.

Président : CUMBERBATCH.

FURNISS POTTER. — **Volumineuses trompes d'Eustache venant faire saillie dans le naso-pharynx au point d'empêcher la respiration nasale.** — Observation déjà présentée en novembre 1905, à la Société laryngologique de Londres. La rhinoscopie postérieure montre deux masses rouges que l'on prend tout d'abord pour les cornets, mais qu'un examen plus complet montre être les pavillons tubaires. Le toucher donne la sensation de cartilage recouvert d'une muqueuse. Furniss Potter, malgré une double otorrhée et de la pharyngite, croit à une disposition anatomique anormale et non à une infiltration due à un processus inflammatoire, opinion émise lors de la première présentation.

EDWARD LAW, JOBSON HORNE, DUNDAS GRANT pensent que le naso-pharynx est irrité par des sécrétions muco-purulentes qui ne sont pas étrangères à ces formations.

STODDART BARR. — **Abcès extra-dural d'origine otique avec paralysie de la 6e paire et double névrite optique.** — L'évidement pétro-mastoïdien fit disparaître presque tous les symptômes ; la paralysie du moteur oculaire externe régressa elle aussi, mais lentement : elle ne disparut complètement que trois mois après. Quant à la névrite optique bilatérale, elle suivit une marche difficile à interpréter ; elle augmenta, rappelant, par son aspect, les rétinites albuminuriques. L'auteur pense, pour expliquer les relations entre les troubles nerveux et la présence du pus dans le voisinage du sinus, qu'il s'est formé de la lepto-méningite localisée à point de départ pachyméningitique péri-sinusale, et qui, à travers la pie-mère, a gagné la gaine du moteur oculaire externe, et plus loin celle des nerfs optiques ; l'auteur pense aussi à la possibilité d'un processus thrombo-phlébitique qui aurait gagné le sinus caverneux.

SECKER WALKER. — **Cas anormal et mortel d'abcès cérébral.** — Une femme de 34 ans, dont l'oreille droite coule depuis trois semaines, se présente comme ayant une otite moyenne subaiguë

avec otite externe secondaire ; traitement médical : amélioration ; puis douleur, œdème mastoïdien ; intervention. Les lésions ostéitiques conduisent sur un abcès extra-dural du plafond antral ; on retire un séquestre antérieur comprenant la partie antérieure du toit de l'antre avec le marteau et l'enclume. Amélioration, mais bientôt signes d'abcès cérébral que l'intervention montre dans le lobe temporo-sphénoïdal, et permet d'évacuer ; le malade n'en meurt pas moins quelques jours après. L'autopsie ne révèle rien de particulier ; elle précise le siège de l'abcès, les lésions d'ostéite nécrosante du tout le temporal, car l'oreille interne participe au même processus que la caisse et l'antre ; la cause de la mort reste cachée.

Hugh Jones. — **Angiome de l'oreille externe** (avec photographies, pièces macroscopiques, microscopiques et moulages). — Début il y a quatre ans, bien qu'il s'agisse peut-être d'une affection congénitale (l'oreille gauche malade a toujours été plus grosse que la droite). Les dimensions de la tumeur et les hémorrhagies décident à l'opération qui fut saignante malgré la ligature préalable de la carotide externe.

Secker Walker rappelle un cas où la ligature de carotide externe a suffi pour blanchir et diminuer considérablement la tumeur.

Hugh Jones. — **Quelques complications des suppurations de l'oreille moyenne.** — L'auteur résume quatre observations : 1° *Thrombose septique du bulbe de la jugulaire après usage de l'acide chromique et évidement pétro-mastoïdien.* Les signes d'envahissement du sinus se montrèrent neuf jours après les applications d'acide chromique, trois jours après l'intervention sanglante. L'incision du sinus donna issue à du sang pur ; ligature et section de la jugulaire ; aucune amélioration ; dix jours après, ouverture veineuse donnant issue à une grande quantité de pus. Guérison. 2° *Abcès aigu temporo-sphénoïdal, non soupçonné, découvert pendant l'opération.* Au cours de l'évidement pratiqué pour suppuration réchauffée, le malade s'arrêta brusquement de respirer sans que l'on put incriminer l'anesthésie. La dure-mère incisée aussitôt au niveau du toit de l'antre ostéitique donna issue à un petit abcès sous-cortical. Guérison. 3° *Thrombose septique du sinus latéral et de la jugulaire jusqu'au niveau de l'omo hyoïdien, avec abcès du lobe temporo-sphénoïdal.* Signes généraux graves, température à grandes oscillations, sub-coma, chez un otorrhéique

ancien ; jugulaire remplacée par un cordon. Ligature, exérèse de la veine, puis ouverture du sinus et extraction du caillot, le tout pratiqué en deux fois par suite d'une syncope, d'une cyanose et d'un grand frisson que présenta le malade sitôt après la ligature de la jugulaire. Les signes généraux persistèrent après l'intervention ; la température changea de type : d'oscillatoire, elle devint continue (40°), le pouls ne dépassant jamais 90. Nouvelle intervention : ouverture d'un abcès cérébral, au niveau de la dure-mère antrale malade. Amélioration ; mais, quinze jours après, grand frisson ; nouvelle intervention qui aboutit à la découverte d'un caillot allant presque jusqu'au pressoir d'Hérophile. Guérison. 4° *Infection du bulbe de la jugulaire avec petit abcès temporo-sphénoïdal non diagnostiqué.* Signes d'infection veineuse : ouverture du sinus qui donne issue à un flot de sang et dont les parois sont saines. Continuation des phénomènes. Autopsie : caillot post mortem dans le sinus, mais sans doute ante-mortem dans le bulbe ; jugulaire libre. Petit abcès superficiel du lobe temporo-sphénoïdal.

Suivent quelques remarques :

1° Rôle possible de l'acide chromique sur l'éclosion de la thrombo-phlébite (cas 1) qui a pu survenir à la suite de la thrombose des petites veines du plancher de la caisse. Macewen dit que les granulations qui accompagnent les otites chroniques ont un rôle de protection et que leur suppression prépare une voie directe à la septicémie (!). Herbert Tilley et l'auteur lui-même pensent qu'il faut incriminer la plaie opératoire qui ouvre des bouches lympho-veineuses à l'infection.

2° Les signes généraux de thrombose, avec absence de signes locaux du côté du sinus et de la veine, doivent faire penser à la localisation de l'infection du bulbe jugulaire (cas 4), ou à la phlébite pariétale plus dangereuse.

3° Possibilité de l'extension thrombo-phlébitique au niveau et au delà du torcular (cas 3).

4° Après ligature et section de la jugulaire, on peut soit en faire l'exérèse après ligature des veines afférentes, soit transformer le sinus, le bulbe et la jugulaire en une gouttière ouverte à l'extérieur, soit extérioriser le bout inférieur de la veine ; cette manière que préconise l'auteur permet de faire des lavages de haut en bas.

5° Avantage quand le caillot haut situé présente une extrémité inférieure non suppurée, de laisser cette portion de caillot *in situ* après avoir fait saigner le bout supérieur.

6° Possibilité de laisser passer un abcès cérébral (cas 2 et 4).

7° On parle classiquement de l'association fréquente des abcès cérébelleux et de la thrombo-phlébite. L'auteur rappelle 7 cas d'abcès temporo-sphénoïdaux avec phlébite sinusienne. Il ne faut donc pas affirmer, en l'absence de signes de localisation, que l'abcès est cérébelleux lorsqu'il accompagne l'infection du sinus.

DUNDAS GRANT demande si Hugh Jones a recherché le signe dont il a parlé : transmission de l'onde sanguine du sinus à la veine, signe qui n'a de valeur que lorsqu'il existe. Dundas Grant craint que le lavage n'infecte les veines tributaires, même le lavage de haut en bas qui est le moins dangereux ; il a essayé l'aspiration intra-veineuse à l'aide de la seringue sans être fixé sur cette méthode. Quant à la ligature de la jugulaire, il faut l'éviter le plus possible : elle favorise l'extension de la thrombose vers les petites veines qui, elles-mêmes, propagent l'infection à l'encéphale, ce qui explique la fréquence bien plus grande des abcès cérébelleux que cérébraux, en cas de thrombo-phlébite du sinus latéral.

PRITCHARD croit qu'il n'y a aucun danger à laver le système sinuso-jugulaire de haut en bas, la veine étant ouverte et la pression peu élevée.

HUGH JONES demande si la méthode de Dundas Grant ne présente aucun danger, particulièrement dans les thromboses pariétales.

ANALYSES

OREILLES

Ostéo-myélite aiguë du temporal et du pariétal gauche consécutive à une otite moyenne aiguë du même côté, par H. Gaudier (*Revue hebd. de laryng. otol.*, etc., 22 décembre 1906).

Fillette de 4 ans et demi. Vingt-cinq jours auparavant, otite aiguë rapidement suivie d'un gonflement de la région mastoïdienne, puis de la fosse temporale, avec fistulisation en haut et en arrière de la mastoïde.

Etat général très mauvais, typhique. Gonflement s'étendant en haut dans toute la fosse temporale, débordant en bas la mastoïde, gagnant en arrière la ligne médiane. Si l'on appuie au niveau des fistules, du sang s'écoule en abondance avec du pus fétide. Le stylet gratte sur un os dénudé qui comprend presque toute l'écaille.

Vaste incision cruciale dans la fosse temporale. Presque toute l'étendue de l'écaille du temporal est nécrosée avec par places des bourgeons charnus qui saignent abondamment ; la dure-mère sous-jacente est également recouverte de fongosités ; les lésions sont limitées là où le péricrâne adhère à l'os. On enlève trois grands séquestres, fragments de la plus grande partie de l'écaille, d'une portion du pariétal et de la partie postérieure de l'os mastoïde ; le plus grand a 8 centimètres de long sur 4 centimètres et demi de large. Évidement pétro-mastoïdien.

Guérison un mois et demi après l'intervention.

Les points particulièrement intéressants de cette observation sont : l'âge du sujet (4 ans et demi), l'apparition de cette ostéomyélite au cours d'une suppuration aiguë de l'oreille et la rapidité des phénomènes de nécrose.

Gaudier signale en passant la vascularisation extrême de la poche purulente. Il énumère les moyens de diagnostic entre une lésion ostéomyélitique et une lésion chronique tuberculeuse : pas de grand abcès externe, pas de décollement étendu ; os mollasse,

en carton mouillé, et ne sentant pas os sous le stylet ; lésions mal limitées, pas de séquestres ; opération presque exsangue.

Il est facile de confondre au début ces cas d'ostéomyélite avec une mastoïdite aiguë. L'œdème plus considérable, la situation des fistules plus postérieures et plus hautes, et surtout l'examen au stylet lèveront tous les doutes.

A. BAUVAIS.

Surdité consécutive à la syphilis héréditaire tardive, par Hopmann (*Zeitschr. für Ohrenheilkunde*, tome 44, n° 1).

La triade pathognomique de Hutchinson pour la syphilis héréditaire : malformation spéciale des incisives supérieures, kératite parenchymateuse, surdité, se trouve exceptionnellement réunis sur un même individu. Isolé, aucun symptôme n'est caractéristique, et le moins de tous ; la surdité. Ce symptôme a été peu étudié et même dans le travail de Hopmann, l'étude de la surdité spéciale a disparu un peu par la vue d'ensemble sur la syphilis héréditaire.

Hopmann a examiné, dans le service de Siebenmann, sept malades sur lesquels il a pu faire les constatations suivantes. Dans le 1er cas, une jeune fille de 17 ans a vu ces troubles commencer dès l'âge de 9 ans. A ce moment-là elle a dû subir un traitement par frictions mercurielles pour une affection douloureuse des yeux (kératite). Peu de temps après ce traitement elle ressent des bourdonnements et devient sourde. Nouveau traitement suivi de légère amélioration. En 1894, Siebenmann lui fait subir de nouveau un traitement. A ce moment on constate les restes d'une kératite, une rétinite pigmentaire. L'oreille droite entend la voix parlée à 0m,02, à gauche la voix chuchotée à 0m,03. Pas de perception osseuse. Limite inférieure à droite = h, à gauche = F'. Limite supérieure à droite = 3,4, à gauche = 2,9 (Ga). La malade a été un peu soulagée par le traitement (mercure, pilocarpine). En 1897, l'audition baisse de nouveau. En 1904, la malade entre dans la clinique de Siebenmann : on constate maintenant l'existence nette des dents de Hutchinson. L'examen fonctionnel de l'oreille donne : à droite, voix chuchotée dans l'oreille, voix haute à 0m,14 ; à gauche, voix chuchotée à 0m,03, voix haute à 0m,36, Weber, Schwabach, Rinne positif. Perception aérienne. Limite inférieure à droite = G, à gauche = fis. Limite supérieure à droite = 4,8, à gauche — 4,5. Nous avons tenu à donner in extenso cette observation parce qu'elle est seule pour réunir les trois symptômes cardinaux et parce qu'elle fait exception à la

règle générale qui veut que le traitement antisyphilitique reste peu efficace sur la lésion.

Dans le 2e cas, concernant un jeune homme de 25 ans, la triade de Hutchinson se trouve réunie mais les symptômes font apparition un peu trop tard ; le malade a 23 ans et porte d'autres lésions qui peuvent faire douter du diagnostic de syphilis héréditaire tardive.

Dans le 3e cas, on voit nettement l'évolution de la surdité syphilitique héréditaire et, à ce propos, notre auteur cite la phrase de Hermet : « Le trouble de l'organe de l'ouïe consiste en une surdité complète, absolue, survenant brusquement d'une façon presque foudroyante et compatible avec une intégrité parfaite de l'appareil transmetteur. » A cette description, il faut ajouter que l'affection est binauriculaire.

L'auteur ajoute encore trois autres observations qui n'ont rien de particulièrement intéressant. Dans l'une de ces obervations, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas de tuberculose. Une surdité brusque avec caisse intacte se voit exceptionnellement dans la tuberculose, et, d'après Siebenmann, dans les conditions suivantes : tuberculose étendue d'un type pernicieux avec fièvre. Du côté de l'oreille il s'agit d'une dégénérescence du nerf acoustique entier ou du rameau cochléaire seulement. La surdité est bilatérale et s'installe dans quelques semaines ou jours. Les bruits subjectifs sont fréquents mais pas de règle ; le vertige est plus rare. Avec cette symptomatologie il sera toujours facile de distinguer la syphilis de la tuberculose.

Passant en revue ces observations, l'auteur arrive à la symptomatologie suivante des troubles auriculaires dans la syphilis héréditaire tardive. L'affection est toujours binauriculaire et plus fréquente dans le sexe féminin. Comme les autres symptômes de la syphilis héréditaire tardive, elle ne se montre pas après la troisième décade de la vie. La surdité est par excellence une surdité nerveuse accompagnée de vertiges et de bourdonnements. Moos dit que tous les observateurs concordent à trouver que la perception osseuse disparaît assez tôt.

Ajoutons que depuis Fournier la reconnaissance de la syphilis héréditaire tardive se fait d'après les signes suivants : retard, arrêt et imperfection du développement somatique, infantilisme, comme dit Fournier. Difformité du squelette du crâne et du nez, nez en lorgnette, cicatrices caractéristiques de la peau et des muqueuses, surtout cicatrices radiaires autour des commissures des lèvres, arthralgie, dents de Hutchinson, affection oculaire, kératite parenchymateuse et rétinite pigmentaire et enfin troubles auriculaires.

LAUTMANN.

Pseudo-mastoïdite de Bezold. Résection de la pointe. Prothèse à la paraffine, par Botella (*Boletin de laringologia, rinologia*, Madrid, août 1906).

L'observation ci-dessous mérite d'être rapportée à cause de l'intérêt qui s'attache aux particularités suivantes : 1° Rapidité de la cicatrisation ; 2° Guérison sans diminution de l'acuité auditive ; 3° Emploi prothétique de la paraffine pour réparer les délabrements nécessités par l'intervention chirurgicale.

Voici l'histoire de ce malade : F. M..., de Ségovie, 35 ans, commence à souffrir de l'oreille droite à la suite d'une angine. Huit jours plus tard, le tympan se perfore spontanément, l'oreille coule, les douleurs diminuent : mais ce n'est qu'une accalmie, car bientôt les douleurs reparaissent ; elles redoublent d'intensité s'irradiant dans toute la moitié droite de la tête ; la partie postéro-inférieure de la région mastoïdienne se tuméfie, les mouvements de la tête et du cou deviennent difficiles. Des frissons, de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie provoquée par la persistance des douleurs viennent compléter cet ensemble. Le malade vient alors consulter l'auteur (cinq semaines après le début de l'affection), et voici ce que celui-ci voit :

Tête et cou inclinés sur le côté droit ; le pavillon refoulé en avant. Le conduit plein de pus, la paroi postéro-supérieure effondrée, la pointe de la mastoïde considérablement augmentée de volume, la tuméfaction se prolongeant dans la direction du sterno-cleido-mastoïdien, toute cette région est douloureuse, spontanément et à la pression avec un foyer maximum au niveau de la pointe et des insertions cleido-mastoïdiennes. Détail à retenir : la pression de cette pointe n'augmente pas l'écoulement de pus par le conduit. La tuméfaction est pâteuse sans fluctuation.

Diagnostic : Otite moyenne aiguë suppurée, avec cellulite diffuse de la pointe, ou pseudo-mastoïdite de Bézold. L'intervention est aussitôt décidée, aussitôt effectuée :

Incision classique prolongée en bas et en avant, en suivant la direction même du sterno-cleido-mastoïdien ; tissus infiltrés, insertions musculaires se présentant avec un aspect lardacé, mais sans une goutte de pus dans leurs interstices. Après avoir détaché ces insertions et décollé le périoste, la mastoïde apparaît avec une coloration grise qui va en s'accentuant graduellement jusqu'à la pointe. Trépanation au lieu d'élection. Antre superficiel et contenant une grande quantité de pus ; sa cavité s'étend en arrière, au fond et à la pointe. Les cellules de cette cavité sont friables e

farcies de fongosités. Le sinus latéral est mis à nu, mais on réserve pour le dernier temps opératoire l'ablation des fongosités péri-sinusiennes qui pourrait s'accompagner d'une hémorrhagie gênante. La pointe est réséquée après détachement de toutes les insertions musculaires jusqu'à la rainure digastrique, puis les parois du sinus sont nettoyées avec soin. La cavité opératoire est touchée au chlorure de zinc et tamponnée à la gaze iodoformée. Deux points de suture à la partie supérieure de l'incision. Pansement. Suites opératoires excellentes. Aussitôt après l'intervention, la température tombe à la normale, les douleurs disparaissent et le malade retrouve le sommeil. La plaie bourgeonne avec rapidité; le conduit reste sec et la seule question qui se pose est de savoir comment va se combler une cavité qui pourrait loger une grosse noix.

Pour cela, il faut d'abord attendre la cicatrisation des lèvres de la plaie, ce qui ne fut pas long, puis lorsqu'il ne reste plus qu'un trajet central communiquant avec la cavité opératoire qui s'est rétrécie au point de n'avoir plus que les dimensions d'une noisette, l'auteur introduit tout le long de ce trajet une gaze imbibée de cocaïne au 1/10, puis après quelques minutes il injecte avec la seringue de Moure, de la paraffine fusible à 45 degrés, et lorsque la cavité est entièrement comblée il obture le trajet avec une gaze aseptique imprégnée de sublimé froid à 1/2 0/00. Malgré la cocaïne, on note une légère douleur, mais la réaction est modérée, la cicatrisation s'opère parfaitement et le résultat plastique est excellent.

Opéré le 22 septembre, le malade reçoit son exeat le 31 octobre, complètement guéri non seulement de sa plaie chirurgicale, mais aussi de sa perforation tympanique qui n'a laissé comme trace qu'une cicatrice insignifiante. L'audition est également bonne des deux côtés.

Un détail pour en finir avec cette observation. Dans ce cas, comme dans d'autres qui l'ont précédé, l'auteur a fait usage pour les pansements de l'acide borique d'après la méthode de Eeman mais il doit avouer que les résultats obtenus sont infiniment variables. Dans les uns, la cicatrisation avec l'acide borique se fait d'une façon remarquable ; dans les autres, il faut l'abandonner, non seulement en raison de la douleur, mais aussi à cause de la quantité d'exsudat que provoque son emploi, et surtout à cause de l'aspect blafard, et jusqu'à un certain point atone des bourgeons de la plaie.

MOSSÉ.

Contribution à l'étude des abcès de fixation ou abcès curateurs en otologie, par TOUBERT (*Arch. intern. laryngologie*, janvier 1906).

L'auteur a trouvé intéressant de porter le problème des abcès de fixation sur le terrain de l'otologie et à l'occasion d'un cas de septico-pyohémie d'origine otitique sans thrombo-phlébite.

L'abcès artificiel détermina, outre une réaction locale des plus marquées, une réaction générale révélée par la forme de la courbe qui se relève et se tend, mais il paraît n'avoir pas eu une influence manifeste sur la septico-pyohémie, puisque les oscillations thermiques caractéristiques de l'infection ont recommencé après l'évacuation de l'abcès térébenthiné.

Un abcès naturel, développé spontanément sous le deltoïde, détermina une réaction générale et locale des plus vives, et marqua nettement la fin de l'infection qui durait depuis plus d'un mois, et la convalescence commença le lendemain de son évacuation. Son rôle curateur ne paraît donc pas niable.

L'influence de l'abcès artificiel a-t-elle été nulle, — ou son action, insuffisante à elle seule, a-t-elle été renforcée par celle de l'abcès spontané — ou ce dernier seul a-t-il été curateur ? L'explication importe peu, et l'on doit admettre, en otologie, l'existence d'abcès guérisseurs d'infections générales graves. — M. GRIVOT.

Traitement de la septicémie otique, par RANDALL (*Journal of the American medical association*, 26 novembre 1904, in *Therapeutic Gazette*, 15 avril 1905, p. 243).

L'auteur recommande les injections hypodermiques abondantes de sérum artificiel, et montre qu'on peut les faire avec des moyens très réduits même à la campagne, pourvu qu'on stérilise par l'ébullition prolongée : seringue, aiguille et eau. L'entéroclyse répétée supplée la précédente, mais imparfaitement. L'auteur donne ensuite la technique de la ponction lombaire, son importance au point de vue diagnostic et thérapeutique. Le sérum antistreptococcique ne lui a donné aucun résultat. Il recommande, par contre, l'emploi du glycogène soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques. Il revient sur l'emploi de l'anteroclyse dans tous les cas où le diagnostic est vague et où l'intervention chirurgicale n'est pas absolument indiquée, ou pour aider l'action de cette dernière. — A. RAOULT.

Opérations sur la mastoïde ; choix du moment de l'intervention, par D. A. Kuyk (*Journal of the American medical association*, 21 janvier 1905, in *Monthly Cyclopœdia*, 15 février 1905, p. 75)

Si les douleurs mastoïdiennes ne cessent pas par le traitement antiphlogistique, après les trente-six à quarante-huit heures qui suivent l'ouverture de la mastoïde, soit par incision, soit par rupture, et si la suppuration de l'otite au cours de l'influenza est abondante, il ne faut pas tarder à intervenir. Il en est de même lorsqu'il existe de l'œdème de la région mastoïdienne, et un abaissement de la paroi supérieure du conduit. Dans les infections streptococciques, si la température reste un peu élevée, si la douleur d'oreille persiste, il faut opérer de suite. Dans les cas à forme lente, où la guérison se fait attendre, il faut surveiller le malade, et intervenir si on le juge nécessaire.

Dans les otites moyennes chroniques, l'auteur est d'avis qu'on peut bien souvent éviter la cure radicale, en faisant un curettage soigneux de la caisse. Si, après un traitement de six semaines, l'écoulement persiste et s'il s'accompagne de douleurs névralgiques, de vertiges, il faut pratiquer la cure radicale.

A. RAOULT.

Abcès cérébelleux d'origine otique, par Cisneros (*Boletin de Laringologia-otologia*, Madrid, août 1906).

Francisco Fragas 18 ans, cultivateur à Torrijos (province de Tolède) entre le 4 novembre 1905, dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital général.

Cinq mois auparavant, ce malade a souffert de son oreille gauche on traita la douleur par l'application de sangsues sur la mastoïde : une suppuration fétide et abondante apparut ; la douleur diminue, mais ne disparaît point, dès ce moment il commença à maigrir et à perdre ses forces... A quelques semaines de là, apparurent de nouvelles douleurs, très aiguës, très tenaces et localisées à la nuque. Dès le début de l'affection on avait constaté des troubles de la marche et de l'équilibre.

Examen du malade. — Lorsqu'on fait placer le sujet dans la position verticale, il oscille d'abord d'arrière en avant et de droite à gauche, puis ses jambes se mettent à trembler, ses genoux fléchissent et en dernier lieu, sa tête étant rejetée en arrière, il s'incline du côté droit d'une façon telle qu'on est obligé de le soutenir pour éviter la chute. Pendant toute la durée de cet examen,

la face est vultueuse, les conjonctives sont injectées, les lèvres cyanosées, la nuque rigide et douloureuse.

Examen local. — Le conduit auditif gauche est plein de pus, sanieux extrêmement fétide, et tellement abondant qu'il tombe goutte à goutte et sans discontinuer hors du conduit. Après nettoyage, on constate la destruction complète du tympan, la disparition du marteau et la carie de l'attique. La région mastoïdienne ne présente aucun changement dans sa couleur où dans sa forme ; cependant la pression est horriblement douloureuse au niveau de l'antre et plus spécialement au niveau de la fosse cérébelleuse. Paralysie faciale presque complète. Apyrexie.

Examen ophtalmologique. — Œil droit : perte complète de la vision par irido-choroïdite ancienne et consécutive à la rougeole.

Œil gauche : Mydriase. La pupille ne réagit ni à la lumière,ni à l'accommodation. Milieux transparents. Deux foyers d'hémorrhagie papillaire. Vaisseaux tortueux, surtout les veines. La rétine a perdu sa transparence à cause de la production d'exsudats et d'une légère suffusion sanguine. Cette *neuro rétinite hémorrhagique* avec stase de la pupille est l'indice d'une augmentation de la pression intra-crânienne.

Examen du système nerveux. — La paralysie faciale droite s'étend à toutes les branches, quoiqu'elle soit moins marquée dans le rameau supérieur, sensibilité normale de la face. Le voile du palais est normal (détail qui confirme la non participation du facial dans l'innervation du voile). Pas de nystagmus. La marche est cérébelleuse avec tendance à la chute du côté droit. Ni athétose, ni hémiparésie. Réflexes tendineux normaux. Occipitalgie violente et douleur à la nuque sans contracture.

Pouls : Bat à 80° le malade étant couché, et à 110° lorsqu'on le fait lever, accélération qui est caractéristique des tumeurs du cervelet, d'après Oppenheim. Pas de vomissements, et partant, absence du symptôme de Schmidt, qui consiste dans l'apparition de céphalalgie, de vomissements et de vertiges lorsque le sujet se couche du côté opposé à sa tumeur, raison pour laquelle le patient a tendance à rester couché du côté de sa tumeur évitant ainsi la compression de l'aqueduc de Sylvius et par suite la compression ventriculaire qui détermine les phénomènes ci-dessus énumérés.

Ponction lombaire. — Le liquide céphalo-rachidien recueilli ne contient ni lymphocytes ni polynucléaires ou autres éléments morphologiques.

En résumé les signes recueillis : névrite optique, occipitalgie, douleur aiguë à la percussion, dans la fosse cérébelleuse gauche marche cérébelleuse, variations du pouls suivant la position, vomissements (apparus après la ponction lombaire, sont suffisants pour établir avec une certitude absolue, le diagnostic *d'abcès de la fosse cérébelleuse gauche d'origine otique.*

Opération. — Sous anesthésie chloroformique, l'auteur arrive non sans peine jusqu'à l'antre qui est profond et petit, et placé au-dessous d'une corticale éburnée sur laquelle les gouges peuvent à peine mordre. Effondrement du tegmen tympané, mise à nu de la dure-mère cérébrale sur une surface de 1 centimètre et demi dans le dessein d'explorer le cerveau, au cas ou l'exploration du cervelet resterait sans résultats. Fongosités dans la caisse, débris cariés de l'enclume, fongosités encore au-dessus du sinus qu'on met également à nu ; puis attaque de la fosse cérébelleuse en dehors, par une incision de 7 centimètres environ et perpendiculaire à la première incision (c'est-à-dire à celle du sillon rétro-auriculaire). Couronne de trépan à 1 centimètre en arrière de la suture temporo-pariétale, sur le milieu d'une ligne de ponction qui irait de la mastoïde à la protubérance externe on arrive ainsi à la dure-mère qui est saine, et au sinus transverse que l'on ponctionne avec l'aiguille de Roux : hémorrhagie, tamponnement. Nouvelle couronne de trépan en avant et un peu au-dessous de la première, qui conduit en plein sinus, donne lieu à une nouvelle hémorrhagie, et à un tamponnement serré. On revient alors sur la première incision, et après avoir détamponné, on fait dans le cervelet, deux ponctions une droit devant soi, l'autre en arrière : toutes deux sans résultat : une troisième ponction dirigée en bas et en avant donne lieu à l'écoulement d'un pus jaune épais, très fétide, qui s'échappe goutte à goutte en assez grande abondance. L'opérateur essaie alors de passer en arrière de l'aiguille une sonde cannelée afin de permettre un écoulement plus rapide : mais il tombe une fois de plus sur le sinus transverse et se voit obligé, afin de se débarrasser de ce sinus qui empêche toute exploration large, d'appliquer une troisième couronne, au-dessus de la première, et à travers cette nouvelle brèche, il arrive sur la dure-mère, qu'il incise largement. La masse cérébelleuse fait hernie : il enfonce à travers cette masse une sonde cannelée à la recherche de la pointe de l'aiguille laissée comme repère, et par laquelle le pus n'avait cessé de s'égouter. Cette tentative suivie de plusieurs autres, étant restée infructueuse, et l'abcès paraissant vidé en presque totalité, Cisneros se décide à suspendre son opération,

que la longueur de l'anesthésie suffisait à rendre périlleuse, et à remettre au jour suivant le lavage et le drainage de l'abcès.

Tamponnement à la gaze iodoformée ; aucune suture, injection de sérum. Le malade se réveille bien, réagit franchement. La douleur à la nuque a disparu, la paralysie faciale a augmenté, il répond correctement à toutes les questions posées. Quelques heures plus tard, il meurt brusquement sans que sa mort soit précédée du plus léger cri, ni du moindre coma.

Nécropsie. — Méninges cérébrales injectées : liquide céphalo-rachidien abondant dans les ventricules moyens et latéraux. Dure-mère cérébelleuse gauche très adhérente à la masse encéphalique sous-jacente. espace sous-arachnoïdien légèrement purulent. Légère hémorrhagie sub-durale au niveau des trépanations. Lobule cérébelleux gauche tuméfié : sa face inféro-externe qui correspond à la fosse cérébelleuse a une teinte verdâtre. Grande quantité de liquide dans le quatrième ventricule. Serait-ce la cause de la paralysie faciale par compression des noyaux ? Une coupe horizontale de ce cervelet met à nu la cavité de l'abcès, qui est de la dimension d'un œuf de Colombe ; les parois en sont constituées par une membrane pyogène, qui étant donné son épaisseur révèle l'ancienneté du processus. L'abcès était placé sur la face inféro-externe du cervelet, et n'était recouvert que par une mince couche de substance cérébelleuse. Noyaux et troncs d'origine du facial et du trijumeau intacts.

Cavité thoracique. — Tubercule calcifié du lobe supérieur du poumon gauche.

La mort, il y a lieu de le supposer, reconnait pour cause l'œdème cérébral.

MOSSÉ.

NOUVELLES

NOMINATIONS

Nous avons le vif plaisir d'apprendre que notre très éminent collaborateur, le Dr Lubet Barbon, vient d'être promu au grade d'Officier dans l'Ordre national de la Légion d'Honneur. Les jeunes otologistes sauront ne pas oublier que la Clinique des Grands Augustins fut un des premiers centres d'enseignement, à Paris, de l'otologie moderne, à une époque où cette branche de la médecine n'avait guère d'autre ambition chez nous que d'osciller de la douche d'air au seringuage du conduit. Nous applaudissons de tout cœur à la haute distinction dont les pouvoirs publics viennent d'honorer Lubet-Barbon, le maître sympathique et estimé entre tous.

Le Gérant : MASSON et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXIII. — N° 10. — Octobre 1907.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE DE LA PITUITAIRE ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Par **Henri CABOCHE**

Les hasards de la clinique, en nous donnant l'occasion de voir en quelques années plusieurs cas de lupus et de tumeurs dites tuberculeuses de la pituitaire, nous ont persuadé au bout de peu de temps que le schéma classique de la tuberculose de la pituitaire ne correspondait probablement pas à la réalité des faits, et nous firent concevoir l'idée de reviser les travaux sur lesquels il est étayé.

En parcourant ces différents travaux, on est frappé par la variabilité de la classification des différents auteurs.

Cartaz dans son mémoire qui fait époque (1), Boutard dans sa thèse (2) décrivent deux formes de la tuberculose nasale : l'une, primitive le plus souvent, qui simule une tumeur ; l'autre, secondaire le plus souvent, et qui revêt la forme d'un ulcère tuberculeux tout à fait semblable cliniquement aux ulcérations des autres muqueuses. D'ailleurs, ulcère et tumeur peuvent coïncider. C'est cette description qu'on retrouve dans nos classiques (Lermoyez, Garel, Moure).

Plicque (3) décrit : la granulation, l'ulcération et la tumeur tuberculeuse. La granulation, rare, est la granulation grise, qui, plus tard, donnera l'ulcération.

Olympitis (4) dans sa thèse inspirée par Tissier ne distingue pas moins de huit formes de la tuberculose de la pituitaire qu'il divise en : forme miliaire aiguë ; et formes polypoïde, in-

filtrée, lupique, ozène tuberculeux, abcès sous-muqueux, ulcéreuse et caséeuse. Ces deux dernières modalités ainsi que la forme miliaire aiguë sont consécutives à des localisations pulmonaires ; les autres formes sont primitives.

Koschier (5) dans un mémoire très documenté et fort intéressant donne vingt et une observations de tuberculose nasale toutes personnelles. Il distingue une forme ulcéreuse, une forme nodulaire ou néoplasique, une forme osseuse et cartilagineuse histologiquement et cliniquement parlant analogue à la tuberculose des autres parties du squelette.

Chiari (*Maladies du nez*, traduction C. Breyre, 1905) distingue une forme catarrhale chronique rappelant l'ozène, une forme ulcéreuse, une forme néoplasique.

Tous ces auteurs distinguent d'ailleurs de la tuberculose proprement dite, le lupus de la pituitaire ; mais ils ne s'entendent plus du tout lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui, cliniquement, revient au lupus et ce qui revient à la tuberculose.

Si Cartaz, Boutard, Pistre (6) rangent les productions néoplasiques dans la tuberculose, Raulin (7) les place au contraire dans la classe du lupus,

Pareillement, en Allemagne, Schœffer considère ses six cas de tumeurs comme la manifestation clinique de tuberculose nasale, sous prétexte qu'elles n'étaient accompagnées d'aucune manifestation lupique de la pituitaire ou de la peau. Bresgen, au contraire, objecte, avec raison selon nous, que les manifestations cutanées peuvent quelquefois être très tardives, n'apparaître que deux ans après le début du lupus de la pituitaire, et, pour ces raisons, considère les tumeurs de Schöffer comme des tumeurs lupiques.

Olympitis, tout en rangeant dans le cadre de la tuberculose les tumeurs de Schöffer, reconnaît pourtant qu'elles constituent une forme de transition entre la tuberculose et le lupus. De même sa forme infiltrée « confine au lupus ». Or, il y a, pour cette forme, non pas seulement affinité avec le lupus, comme nous le verrons, mais identité absolue.

Hinsberg (8) dans un travail sur les relations des affections oculaires avec la muqueuse nasale rapporte quatre observations de tuberculose pituitaire et une de lupus de cette muqueuse.

Nous nous sommes vraiment demandés, à la lecture de ce mémoire d'ailleurs très intéressant, sur quels caractères l'auteur se base pour déclarer qu'il s'agit dans un cas de tuburculose et dans l'autre de lupus.

Voici, très résumées, deux de ses observations étiquetées « tuberculose » nasale.

1° Jeune fille de 15 ans. Le méat inférieur droit est rempli par une masse granuleuse, en partie ulcérée, venant apparemment du cornet inférieur; à gauche, tumeur analogue mais plus petite. Au pharynx, l'amygdale droite, les piliers et les parties avoisinantes du voile sont infiltrées, épaissies et pâles. *La surface est boutonnée de petits nodules mais sans ulcération ; cette lésion s'étend à l'épiglotte qui est épaissie, immobile et recouverte de nodules similaires.* Un peu plus tard, apparurent quelques *nodules sur la muqueuse recouvrant les aryténoïdes.*

2° Femme de 17 ans, vient à la clinique pour une éruption du lobule du nez et de la paupière inférieure gauche. On constate : à l'entrée du nez, à droite, un état eczémateux sévère avec croûtes ; *la peau du sommet du nez est rouge avec quelques nodules.* Le côté droit du septum, à sa partie antérieure et inférieure, montre une masse de granulations couverte de croûtes. Le cornet inférieur droit est pareillement affecté et le gauche est recouvert de *croûtes et de granulations.* Dans le *naso-pharynx côté droit il y a quelques nodules ; quelques nodules aussi sur la peau de la paupière inférieure gauche.*

Voici maintenant l'observation étiquetée lupus.

Homme de 48 ans, déjà *traité à la clinique dermatologique pour un lupus cutané du nez.* Au moment de l'examen, les fosses nasales présentent, outre une déviation de la cloison, *de nombreuses petites tumeurs nodulaires* sur la muqueuse du cornet inférieur gauche et du septum des deux côtés ; trois ans après on constatait la même lésion des cornets à laquelle s'était ajoutée une perforation du cartilage.

Il s'agit évidemment dans les trois cas d'une seule et même lésion.

Massei, dans son travail paru dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie* (9) sur la tuberculose nasale, déclare surannée la division en lupus et tuberculose des muqueuses ; et ne propose rien moins que de rayer complètement le terme lupus du vocabulaire médical.

Escat, d'autre part (10), n'a jamais eu l'occasion d'examiner sur la pituitaire d'autre manifestation tuberculeuse que le lupus.

On le voit par cet exposé, la confusion est complète et, ainsi que nous le disions au début, la question de la tuberculose nasale est à reprendre.

Nous estimons, en effet, qu'il n'est pas sans intérêt de faire la critique des formes de la tuberculose nasale encore admises classiquement à l'étranger ; et nous espérons pouvoir démontrer qu'elles peuvent se réduire à une seule et même modalité : le lupus.

Nous étudierons donc successivement les questions suivantes :

1° Y-a-t-il une forme ozéneuse de la tuberculose nasale ?

2° Y-a-t-il lieu de maintenir une forme ostéo-cartilagineuse de la tuberculose nasale ?

3° Y a-t-il lieu de faire une distinction entre la tuberculose et le lupus de la pituitaire ?

Ces diverses questions étant résolues, nous étudierons la clinique de la tuberculose nasale, son étiologie, sa marche, ses complications, son diagnostic et son traitement.

I

Y A-T-IL UNE FORME OZÉNEUSE DE LA TUBERCULOSE NASALE ; RELATIONS DE L'OZÈNE ET DE LA TUBERCULOSE DE LA PITUITAIRE

Voyons d'abord les observations qui ont servi à étayer cette forme clinique.

Ces observations déjà anciennes sont au nombre de trois et nous les donnerons *in extenso*. Une appartient à Hajeck ; deux autres à Demme.

A) Hajeck (in *Thèse* Boutard). *Ulcération tuberculeuse avec ozène chez un jeune homme de 13 ans.*

Jeune homme de 13 ans, au nez aplati, qui vient à la clinique exhalant une fort mauvaise odeur nasale. L'intérieur du nez était rempli de croûtes, la cloison osseuse en partie détruite, le fond de l'ulcération formée de granulations pustuleuses. La muqueuse des cornets inférieur et moyen des deux côtés était sèche, amincie, et fortement atrophiée. Le malade était dans un pareil état depuis un an et demi. Il y a un an il avait eu un fort engorgement des ganglions du cou, qui s'améliora sous l'influence de bains iodés sans que l'état du nez fût changé.

Un examen minutieux ne permet pas de constater chez lui de symptômes de syphilis héréditaire : ses parents étant morts depuis longtemps, on ne pouvait avoir aucun renseignement de ce côté. J'enlevai pour faire le diagnostic une parcelle grosse comme une lentille sur le bord de l'ulcère de la cloison. Je fis une section et je trouvai, dans une couche riche en cellules, des tubercules caractéristiques parmi lesquels quelques-uns avaient à leur centre des cellules géantes avec leurs noyaux et quelques bacilles. D'autres, au contraire, paraissaient être en voie de dégénérescence caséeuse. Application d'acide lactique sur l'ulcération. Son état s'améliora provisoirement, mais l'ulcération finit par augmenter progressivement et la maladie suivit son cours.

B) Demme (11) (*Berl. Klin. Woch.*, 1883, XX, N° 15).

Dans un cas particulièrement grave de rhinite qui se présentait comme de l'ozène scrofuleux infantile, l'auteur observa chez un petit garçon de 12 mois de petits groupes nodulaires gris jaunâtres apparaissant nettement sur la muqueuse de la cloison nasale après décollement des croûtes qui obstruaient le nez. Ces noyaux sont à bord irrégulier et présentent sur leur surface de petites ulcérations. Le fond de ces ulcérations est rempli d'une masse sanieuse jaunâtre et recouverte d'une sécrétion purulente. Dans ces cas, on conclut sûrement à de la syphilis héréditaire. Cependant il s'agissait d'un phénomène ulcéreux de la muqueuse nasale de nature tuberculeuse. L'enfant fut revu, en effet, quelques mois plus tard, il était alors atteint de phtisie pulmonaire.

C) Demme (*id*).

Le 28 février 1885 me fut amené un petit garçon de 8 mois, Fritz B.. ,atteint d'ozène. Un examen suffisant de tout le corps de l'enfant permet d'écarter le diagnostic de syphilis héréditaire. D'ailleurs, les antécédents concordent avec cette façon de voir, et la conclusion de tuberculose héréditaire s'impose. On apprit alors que l'enfant avait été introduit dans une famille dont le père était atteint de tuberculose miliaire aiguë. L'ozène apparut chez ce nourrisson vers le sixième mois, c'est-à-dire deux mois après son introduction dans cette famille. On voit notamment sur la muqueuse droite de la cloison un groupe de petits noyaux identiques à ceux qui ont été décrits plus haut. Quelques-uns sont le siège d'ulcérations lenticulaires à fond inégal et à bord crénelé. Parmi cinq préparations de l'écoulement nasal faites le 28 février, une seule contient des bacilles tuberculeux. Le 1[er] mars, à la suite d'une irrigation nasale à l'eau tiède, le malade fut pris de violents accès d'éternuements à la suite desquels il y eut une sécrétion nasale abondante qui, examinée au microscope après coloration à la fuschine, décela un nombre plus considérable de bacilles, correspondant à peu près à la quantité que l'on trouve dans la phtysie aiguë. Le 2 mars, convulsions avec fièvre violente ; nouvel examen bactériologique avec même résultat. Au milieu de phénomènes de méningite aiguë survenus très rapidement, l'enfant meurt le 5 mars après convulsions généralisées fréquemment répétées et contracture des extrémités inférieures.

A l'autopsie on trouva une méningite tuberculeuse de la base du cerveau. De nombreux tubercules miliaires accompagnent les rameaux de l'artère et de la veine sylvienne ainsi que les capillaires de la face inférieure et des lobes frontaux, notamment les veines cérébrales périphériques antérieures et inférieures. Pas de production tuberculaire dans la masse du cerveau et du cervelet. Les poumons, les ganglions bronchiques ainsi que les organes abdominaux sont exempts de tuberculose. Les ganglions mésentériques paraissent augmentés de volume et mous. On ne trouve nulle part de foyer caséeux. Dans le creux de l'aisselle, quelques ganglions isolés qui sont hypertrophiés ; à la coupe, pas de caséification.

Les masses ulcérées du nez examinées au microscope montrent des bacilles en nombre modéré, soit disposés en groupes isolés, soit inclus dans les cellules géantes.

Dans les coupes faites dans les tubercules miliaires de la pie-mère, on trouve quelques bacilles très rares.

L'auteur conclut qu'il s'agit d'une infection tuberculeuse directe de la muqueuse nasale provenant du père nourricier atteint de tuberculose pulmonaire : L'affection tuberculeuse de la muqueuse nasale s'est propagée par la voie vasculaire et les bacilles se sont trouvés ainsi entraînés jusque dans le domaine de la pie-mère à la base du cerveau.

Comme on le voit, ces observations ont trait à une forme spéciale d'ozène, puisque toutes les trois mentionnent des ulcérations de la muqueuse, alors que tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître l'absence d'ulcération dans la rhinite atrophique vraie.

L'ulcération signalée dans l'observation de Hajeck est une ulcération osseuse. Or, dans aucune de nos observations personnelles de tuberculose nasale pas plus que dans celles que nous avons colligées dans les diverses publications (en tout une centaine) nous n'avons vu signalée cette variété d'ulcération. On peut donc dire que la perforation du septum osseux dans la tuberculose nasale est une rareté.

Au contraire, elle est l'apanage classique de la syphilis tertiaire des fosses nasales qui peut s'accompagner, à une période avancée de son évolution, d'atrophie des cornets inférieurs.

En sorte qu'on peut se demander si, dans cette observation, il ne s'agit pas d'une infection tuberculeuse greffée sur une syphilis nasale. Sans doute l'observation indique expressément qu'il n'y avait aucun stigmate de syphilis héréditaire : et la grande autorité de Hajeck nous doit être un sûr garant du fait. Pourtant le traitement spécifique ne semble pas avoir été essayé. C'est évidemment un renseignement précieux qui fait défaut.

Les observations de Demme ont trait à une tuberculose extrêmement rapide. Dans le cas où l'examen bactériologique des sécrétions a été fait, on a trouvé des bacilles nombreux « à peu près en quantité égale à celle qu'on trouve dans la phtysie aiguë ». L'autopsie révéla de nombreux tubercules mi-

liaires sur les rameaux de l'artère et de la veine sylviennes. On a l'impression qu'il s'agit d'une infection rapide, massive, récente, et qui pourrait bien être postérieure à la production de l'ozène.

En sorte qu'on pourrait se demander si, dans ces observations encore, il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, ou plutôt une juxtaposition de l'infection tuberculeuse aiguë et de l'ozène vrai du nourrisson.

Ces observations ne nous paraissent donc pas à l'abri de toute critique.

Ajoutons que la rareté de ces faits contraste singulièrement avec le nombre considérable de tuberculose de la pituitaire ne s'accompagnant jamais d'ozène. N'est-il pas étonnant, si le bacille de Koch a le pouvoir ozénogène, de ne pas le voir en user plus souvent ?

Ces observations doivent pourtant être prises en considération.

Elles démontrent, en effet, au moins une chose : c'est que le bacille de Koch peut vivre en bonne camaraderie avec le ou les bacilles de l'ozène.

Des recherches cliniques que nous avons entreprises depuis longtemps déjà nous ont donné la conviction que la *rhinite atrophique ne doit être qu'une forme larvée de la tuberculose nasale* (Voy. 4°, *Soc. Française de laryngologie*, juin 1907). Mais le bacille de Koch ne créerait pas l'ozène, la mauvaise odeur ; il produirait l'atrophie, la sclérose des cornets, comme il produit ailleurs la sclérose rénale ou la sclérose périportale, et cette atrophie par les conditions nouvelles qu'elle provoque dans les fosses nasales (dessiccation de la sécrétion, etc.) favoriserait l'infection secondaire par le ou les microorganismes de l'ozène.

Ainsi entendu, l'ozène tuberculeux serait relativement fréquent. Son existence n'est pas encore démontrée. De nouvelles recherches sont nécessaires.

II

Y A-T-IL LIEU DE MAINTENIR UNE FORME OSTÉO-CARTILAGINEUSE DE LA TUBERCULOSE NASALE ?

Les manifestations osseuses de la tuberculose nasale sont extrêmement rares : nous n'en connaissons que deux cas que nous allons rapporter :

OBSERVATION I (Verneuil-Ruault, in *Th.* Boutard). — En 1887, Verneuil adresse, au Dr Ruault, une dame âgée de 40 ans qu'il soignait déjà depuis deux ans, pour une affection nasale ayant débuté par une tumeur de la cloison et du plancher de la fosse nasal droite. Verneuil en fit l'ablation, et l'examen pratiqué par Nepveu révéla qu'il s'agissait de tuberculose.

La guérison ne put être obtenue. La tumeur ne récidiva pas, mais la plaie s'ulcéra et la cloison cartilagineuse fut bientôt détruite. *Séances hebdomadaires de pointes de feu au thermocautère qui duraient depuis deux ans* quand la malade fut confiée à Ruault.

Celui-ci a constaté une ulcération grisâtre des bords déchiquetés occupant plus du tiers du plancher de la fosse nasale droite et une partie un peu moindre de la fosse nasale gauche ; plus trace de cloison cartilagineuse, sauf à la partie supérieure. Le *vomer était carié* dans toute sa partie antérieure. Il existait à l'entrée de la narine droite sur la peau de petits tubercules à apparence lupique. Depuis quelques semaines la voix est enrouée et la déglutition douloureuse. Lésions pulmonaires et laryngees qui emportent le malade.

OBS. II (Koschier, obs. XV du travail déjà cité).— Femme H. T... âgée de 22 ans, est admise le 17 mai 1894. Depuis un an elle a remarqué que l'air ne passait plus par le nez.

Extérieurement le nez présente des deux côtés un dos très fort et semble être beaucoup plus large que normalement. La peau est enflammée et rouge, surtout sur le dos du nez. La palpation nasale provoque de fortes douleurs. Les ailes du nez, quoique un

peu gonflées sont de consistance normale. Les deux fosses nasales sont remplies par une grande tumeur qui provoque même une imperméabilité complète du nez ; tumeur molle non ulcérée siégeant tout à fait en avant sur la cloison, et masquant complètement les parties latérales et postérieures de la cloison. Rien d'anormal à la rhinoscopie postérieure. Gorge, larynx et poumons normaux ; pas de bacille dans les crachats, malgré des examens répétés. L'examen d'un fragment de la tumeur montre qu'il s'agit de tuberculose.

Sous anesthésie on enlève la plus grande partie de la tumeur au bistouri ; on constate alors que les parties latérales de la fosse nasale, en particulier le cornet inférieur et le plancher, sont fortement infiltrés et présentent en plusieurs endroits des ulcérations. Avec la sonde on arrive en plusieurs endroits sur l'os dénudé. On arrête alors l'intervention ; tamponnement à la gaze iodoformée, avec pansements consécutifs : badigeonnage à l'acide lactique et insufflation d'iodol. Mort le 3 juillet 1825. A l'autopsie, méningite tuberculeuse basilaire aiguë avec hydrocéphalie interne aiguë et œdème cérébral. Périostite et périchondrite tuberculeuse chronique du nez. Otite moyenne tuberculeuse et carie de l'apophyse mastoïde. Tuberculose chronique des deux sommets pulmonaires.

Les auteurs qui se sont occupés de la tuberculose nasale ne manquent pas, pour la plupart, de rappeler l'opinion de Volkmann sur les ostéo-myélites primitives caséeuses du squelette nasal, envahissant secondairement la muqueuse nasale, et qu'il regarde comme la cause fréquente d'ozène. Or, quand on se rapporte à ce travail (12), on n'est pas peu surpris de voir qu'il a trait aux caractères et à la signification des arthrites fongueuses. A un passage du travail Volkmann émet l'opinion émise ci-dessus, mais sans l'appuyer sur aucune donnée clinique ; à plus forte raison sur aucun examen histologique.

Pour ce qui est des observations ci-dessus données, nous les trouvons extrêmement discutables.

Rien ne prouve que les lésions osseuses signalées dans la première soient tuberculeuses. Nous croyons même que des séances hebdomadaires de thermo-cautère pendant deux ans au niveau de la lésion suffisent amplement à provoquer l'ostéite, constatée au niveau du vomer.

Pour ce qui est de la seconde, je crois bien ne pas être taxé d'exagération en disant que si l'on présentait cette observation à un lecteur non prévenu, en omettant les examens bactériologiques, il porterait le diagnostic de syphilis tertiaire nasale avec ostéo-périostite des os propres du nez.

Rien n'y manque, en effet : épaississement du dos du nez, avec rougeur, œdème et douleur très vive à la pression. Epaississement lisse, par infiltration du cornet inférieur que le stylet reconnaît dénudé et carié au fond d'une ulcération.

L'épreuve du traitement spécifique n'est d'ailleurs pas signalée dans l'observation, et on peut se demander s'il ne s'agirait pas d'une lésion mixte à la fois syphilitique et tuberculeuse.

Le fait n'est pas impossible.

A la *Wien laryngol.gesellschaft*, séance du 9 novembre 1904 le D[r] Marschik (14) a communiqué un cas de tuberculose du nez et du voile du palais pouvant faire croire à de la syphilis, et amélioré par le traitement mercuriel.

A la même séance le D[r] Heindl (15) déclare avoir vu des cas analogues où, dans les antécédents on ne trouvait pas trace de syphilis, où l'examen démontrait l'existence de tubercules et qui guérirent par l'application du traitement antisyphilitique.

Ces deux observations ne sauraient donc entraîner la conviction sur la nature uniquement tuberculeuse des lésions osseuses qu'elles signalent.

En tout cas, elles ne suffiraient pas à justifier l'existence d'une forme ostéo-cartilagineuse de la tuberculose nasale.

Il n'est pas dans notre idée de nier la possibilité de l'ostéite tuberculeuse du squelette nasal ; là, comme dans toute autre région du squelette, le bacille de Koch peut évidemment évoluer ; mais il s'agit en réalité d'une chose tout à fait différente de celle que nous étudions dans ce travail ; et nous ne croyons pas que la question de la tuberculose nasale ait à gagner en clarté, en y faisant entrer dans son cadre l'ostéite tuberculeuse du maxillaire, du frontal et de l'ethmoïde.

Nous verrons au chapitre de la pathogénie que nous rejetons complètement, au nom de la clinique, l'origine osseuse de la tuberculose nasale vulgaire.

III

Y A-T-IL LIEU DE FAIRE UNE DISTINCTION ENTRE LA TUBERCULOSE ET LE LUPUS DE LA PITUITAIRE ?

Nous avons vu, au début de ce travail, quelle confusion règne dans la description des auteurs ; et que ce que l'un appelle tuberculose vulgaire, l'autre le nomme lupus.

Pour répondre à la question il faut donc établir d'une façon aussi précise que possible les caractères du lupus de la pituitaire qui ne sont que bien vaguement décrits dans les traités classiques.

Ces caractères étant connus, nous pourrons faire la revue des observations parues sous le nom de tuberculose nasale ; et voir si les lésions qui y sont décrites, diffèrent ou non de celles que nous considérons comme lupiques.

Nous établirons donc d'abord les caractères du lupus, et nous ferons ensuite la critique des observations.

A. — *Caractères objectifs du lupus de la pituitaire.*

Les symptômes objectifs que nous allons décrire sont ceux que nous avons observés chez les vingt malades atteints à la fois de lupus du nez ou de la face, et de lésions de la pituitaire, pour la plupart adressés à nous par le D[r] Balzer. Quatre seulement ont trait à des malades porteur uniquement de lésions intranasales en tout semblables à celles constatées chez les lupiques cutanés.

Toutefois, malgré cette identité d'apparence nous avons soumis deux de ces malades (obs. IV et XV) au traitement mixte antisyphilitique : Le traitement fut complètement sans action sur les lésions. Par surcroît, nous avons inoculé dans la gaine du grand droit de deux cobayes, un fragment de pituitaire prélevé sur chacun de ces malades : les deux inoculations furent positives.

L'insuccès du traitement spécifique, l'inoculation positive aux cobayes nous garantissent la nature tuberculeuse de la lésion ; la coïncidence de lésions lupiques cutanées nous donne, d'un autre côté, la vraie signification de ces lésions.

Ainsi qu'il résulte des quinze observations publiées plus loin (auxquelles il faut ajouter six autres publiées dans les *Annales* de septembre 1906 (16) et de janvier 1906 ([1]), le lupus de la pituitaire peut revêtir quatre formes ou aspects différents :

Le lupus nodulaire, le lupus végétant auquel il faut adjoindre la tumeur lupique, et le lupus ulcéreux.

1° *Lupus nodulaire.* — Il est caractérisé par l'apparition sur la muqueuse pituitaire de nodules rose pâle le plus souvent ; en nombre variable suivant la période à laquelle on examine la lésion (il peut y en avoir un ou deux seulement au début) de la dimension de deux à trois têtes d'épingles réunies. Ils ne présentent pas le poli de la muqueuse normale, ils sont ternes, dépolis. Mous au contact du stylet explorateur, ils sont séparés les uns des autres par de petits sillons irréguliers, les uns exulcérés, les autres cicatriciels.

Lorsqu'ils sont nombreux, ils constituent une infiltration spéciale de la muqueuse constituée par une série de lobules de mamelons séparés les uns des autres par les sillons dont nous venons de parler : C'est *l'infiltration mamelonnée*, véritablement *caractéristique* du lupus de la pituitaire. A ce niveau, la muqueuse est molle au contact du stylet, elle ne se retracte plus sous l'influence des médicaments vaso-constricteurs.

Des croûtes jaunâtres plus ou moins abondantes masquent souvent ces lésions auxquelles elles adhèrent mollement.

La lésion peut siéger en toute partie des fosses nasales : mais elle débute toujours par les parties antérieures des fosses nasales, comme nous le verrons quand nous ferons le chapitre de la marche de l'affection : pour le moment, nous voulons

([1]) Ces deux derniers cas ont été publiés par nous comme des cas de tuberculose naso-lacrymale ; or, il s'agit, en réalité, de lupus, car le sujet de la seconde observation, Louise B., présente un lupus facial double ; d'autre part, nous avons revu ces jours-ci le petit malade qui fait l'objet de l'observation I : il présente actuellement un lupus typique de la pituitaire.

seulement donner les caractères du lupus à sa période d'état en quelque sorte, pour pouvoir les comparer à ceux contenus dans les observations qui, bien rarement, ont trait à des lésions à leur début.

Le mamelon avec les sillons qui l'entourent est en quelque sorte la lésion élémentaire du lupus pituitaire : on le retrouve toujours dans les autres formes.

2° *Lupus végétant.* — Il est caractérisé par une hyperplasie plus ou moins étendue de la pituitaire ; hyperplasie rose pâle ou bleuâtre lilas, irrégulière, présentant une série de crêtes séparées par de petites vallécules.

Nous ne pouvons mieux comparer l'aspect présenté par la pituitaire, qu'à ces cartes murales de géographie en relief destinées aux classes primaires. On y voit, en effet, de minuscules collines, séparées par de petits vallons en miniature. Mais chacune des collines tantôt arrondie en forme de dôme, tantôt, au contraire, terminée par une crête saillante, est constituée (de même que les vallons) par une agglomération de tout petits nodules de la dimension d'une tête d'épingle, séparés par des sillons extrêmement ténus, et donnant à l'ensemble de la lésion un aspect muriforme vraiment spécial.

Toujours ces lésions sont molles au stylet qui les explore, Mais c'est surtout lorsqu'on pratique un curetage que l'on s'aperçoit de la mollesse extrême de la lésion. Cette mollesse est même un bon moyen de diagnostic lorsque, au cours d'un traitement du lupus, on hésite sur la question de savoir si telle région est ou non lupique.

Cet ensemble de lésions occupe d'ailleurs une surface plus ou moins considérable suivant l'époque à laquelle on la considère : au début elle peut occuper uniquement les zones antérieures des fosses nasales (obs. IV) ou bien une grande partie de la muqueuse septale (obs. III) ; plus tard, elle peut occuper presque toute la muqueuse nasale (obs. VI).

3° *Tumeur lupique.* — Elle mérite une description à part à côté de la forme végétante.

Pédiculée ou sessile, de volume variable (une noisette, une noix, toute la fosse nasale dans un cas), la tumeur présente une couleur blanc-bleuâtre pâle, quelquefois rouge (probable-

ment par suite d'une infection secondaire.) D'apparence lisse à un examen superficiel, on reconnait à sa surface (cas personnel), un nombre notable d'élevures grisâtres jaunâtres, du volume d'un gros grain de millet. Elle est élastique, ne saigne pas, ou peu, au contact du stylet.

Elle peut siéger un peu partout dans la fosse nasale : sur le septum, le plancher, le cornet inférieur, le cornet moyen soit à sa partie antérieure, soit à sa partie postérieure ; ainsi qu'on peut s'en rendre compte à la lecture de nos observations ou des tableaux qui suivent.

Enfin elle s'accompagne presque toujours d'une autre manifestation lupique de la pituitaire (nodules, végétations, perforation du septum cartilagineux.)

Ajoutons qu'elle peut être unique ou accompagnée d'autres manifestations identiques : on est alors en présence d'une forme intermédiaire à la forme végétante et à la tumeur.

4° *Lupus ulcéreux.* — L'ulcération constitue une éventualité qui peut se produire au cours des variétés précédentes.

C'est une ulcération à bords irréguliers, quelquefois polycycliques, à fond granuleux parfois d'aspect nécrotique.

Résultat de la fonte de tissu lupique préexistant, elle est toujours entourée d'une zone de muqueuse présentant une des lésions précédemment décrites.

Elle occupe le plus souvent le septum cartilagineux, mais elle peut aussi siéger sur la sous-cloison, le plancher, le cornet inférieur.

Si elle survient au cours du lupus végétant, elle se trouve être toujours sur un plan beaucoup plus élevé que la muqueuse saine : elle contribue alors beaucoup à donner à la lésion l'aspect de carte de géographie en relief dont nous avons parlé. Elle n'atteint que tardivement le squelette cartilagineux.

Est-elle développée, au contraire, sur un lupus nodulaire, elle aboutit facilement à la *perforation de la cloison*, éventualité qui se produit plus rapidement dans le cas de lésion bilatérale du septum : il est probable que l'absence d'irrigation du cartilage, du fait de la destruction de sa muqueuse nourricière, en amène la nécrose.

Cette perforation présente des caractères assez particuliers .

elle est arrondie, régulière. De dimension variant entre une lentille, une pièce de deux francs ; ses bords sont entourés d'une collerette de fongosités, molles, saignantes, blafardes ou rouges, plus ou moins volumineuses.

Il n'est pas rare (fait qui est assez caractéristique) de rencontrer une partie de sa périphérie cicatrisée présentant un bord aminci, tandis que le reste, en pleine évolution est épaissi, triplé de volume et fongueux.

Fait capital : elle porte exclusivement sur le septum cartilagineux ; jamais nous n'avons vu le lupus s'accompagner de lésion osseuse.

La perforation du cartilage est une *manifestation extrêmement fréquente du lupus* à une certaine période de son évolution ; elle a donc, de ce fait, une grande valeur diagnostique : sa présence, à côté d'autres lésions difficiles à interpréter, et n'intéressant pas le squelette, suffit, selon nous, à donner à ces lésions leur signification lupique.

L'ulcération est, à tout prendre, moins une forme qu'un aboutissant du lupus.

Nous en dirons autant de la *forme sténosante* que Raulin décrit dans sa thèse.

C'est une atrésie de la narine, empiétant plus ou moins sur la fosse nasale et qui traduit simplement la guérison d'un ancien lupus du vestibule et de la partie antérieure de la fosse nasale. Elle est vraiment significative de lupus.

Parfois elle se caractérise par la formation au niveau du bord postérieur de l'orifice narinal d'une sorte d'épaississement vertical et frontal, à bord supérieur concave, haut de 3 à 4 millimètres, et barrant en quelque sorte l'accès du plancher nasal. Nous avons constaté le fait une fois ; il a été aussi constaté par Mygind (37).

D'autres fois, il se produit un véritable tunnel fibreux à travers lequel on voit plus ou moins difficilement les parties constituantes de la fosse nasale (Raulin et obs. X, XI, etc.).

Nous appelons l'attention, en terminant, sur trois phénomènes fréquents, au cours du lupus de la pituitaire, et, par conséquent, de grande signification lorsque nous les trouverons mentionnés dans les observations : la destruction des

ailes du nez, la lymphangite du lobule et « l'eczéma » des narines.

Les narines peuvent être plus ou moins détruites, rongées par la fonte des nodules lupiques cutanés : il en résulte différentes déformations dont la moindre est une réduction plus ou moins considérable de la dimension des narines avec cicatrices cutanées vermiculaires caractéristiques, et la plus considérable, l'horrible défiguration dite en « tête de mort ». Ce n'est pas cette destruction que nous avons en vue ; mais la *destruction progressive des ailes du nez, unilatérale ou bilatérale, sans qu'il y ait de nodules à ce niveau.* Nous avons remarqué le fait plusieurs fois, notamment sur la malade qui fait l'objet de l'observation I. Les ailes du nez ont été le siège d'une production cicatricielle lisse qui amena *leur usure progressive ;* depuis plus de cinq ans que nous soignons la malade, nous les avons vues prendre la forme d'un arc à concavité inférieure, découvrant ainsi progressivement la cloison. Dans un autre cas, nous avons vu ainsi une destruction presque totale de l'aile gauche du nez *rappelant tout à fait les cas de rhinelcose.* Peut-être y a-t-il là un processus d'ordre trophique tuberculeux dans ce cas, ou, dans le premier, sclérodermique tuberculeux analogue à celui décrit récemment par Milian (17). Nous considérons en tout cas le phénomène comme assez caractéristique du lupus.

La lymphangite du lobule est très fréquente au cours du lupus de la pituitaire ; elle donne à l'extrémité du nez un aspect gonflé et rose que nous avons noté souvent, quelquefois longtemps avant l'apparition des nodules cutanés, parfois même comme phénomène initial au début du lupus de la pituitaire (nous reviendrons sur ce fait). S'agit-il d'une manifestation d'ordre tuberculeux, ou bien traduit-elle simplement une infection passagère des téguments par d'autres micro-organismes ? Nous ne saurions le dire : toujours est-il que le fait est fréquent, il peut être passager ou intermittent et qu'il nous paraît avoir une grande signification en tant que toujours lié au lupus de la pituitaire.

Nous en dirons autant de *l'eczéma des narines* que j'ai trouvé assez fréquemment mentionné dans les observations de

tuberculose de la pituitaire. Or, cet eczéma des narines pourrait bien être une manifestation tuberculeuse.

Hutchinson (cité par Lenglet, *Pratique dermatologique*, p. 323) admet que l'eczéma peut précéder l'évolution du lupus, mais il fait remarquer que certains lupus gardent, pendant toute leur évolution, l'aspect de ces eczémas prélupiques. C'est aussi l'opinion de Jodassohn (*id.*), qui regarde certains eczémas chroniques du nez et de la lèvre supérieure comme le stade prémonitoire du lupus. « La tuberculine donne souvent, dans ces cas, des réactions positives. Aussi, faut-il se défier de certaines variétés de soi-disant eczéma chronique qui se transforment un jour en lupus. Certaines éruptions prélupiques sont des éruptions tuberculeuses et quelques eczémas ont, sans doute, la même origine et méritent d'être appelés eczémas tuberculeux, ou mieux dermatose eczématiforme prélupique » (Lenglet, *Loc. citato*).

Lorsque nous aurons rappelé que la marche du lupus est extrêmement lente, qu'il dure des années ; que les récidives sont extrêmement fréquentes malgré un traitement méthodiquement appliqué, nous serons en possession des éléments qui vont nous permettre de faire la critique des observations.

B. — *Critique des observations.*

De cet exposé basé sur nos vingt observations nous nous croyons en droit de tirer les conclusions suivantes :

1° Nous pouvons sûrement rattacher au lupus de la pituitaire les observations de tuberculose où l'on signale un, ou *a fortiori*, plusieurs des signes suivants ;

Infiltration mamelonnée de la muqueuse qui est pour nous la lésion type du lupus.

La perforation du cartilage septal.

La destruction des ailes du nez.

La coexistence de lésions lupiques du nez, de la joue et de la face en général.

La coexistence d'autres lésions lupiques des muqueuses.

L'atrésie narinale en forme de tunnel.

2° Nous pouvons presque sûrement rattacher au lupus les observations où sont signalés un des signes suivants :

La longue durée de l'affection.

Les récidives fréquentes malgré un traitement méthodique.

La lymphangite du lobule du nez.

La présence de cicatrices vermiculaires sur le lobule du nez ou à l'orifice des narines.

La présence « d'eczéma » des narines qui, dans plusieurs observations, nous semble bien n'avoir été autre chose que du lupus vestibulaire.

Ces signes acquièrent la valeur de signes de certitudes s'ils coexistent avec un des symptômes signalés plus haut.

L'indolence absolue du lupus à opposer à la douleur souvent vive des ulcérations tuberculeuses miliaires.

Ajoutons que la rareté ou l'absence de bacille révélée à l'examen histologique est aussi en faveur du lupus.

Examinons maintenant, en tenant compte de ces données, les observations énumérées dans nos tableaux.

Si nous faisons abstraction de neuf observations vraiment trop courtes pour pouvoir être utilisées (Wroblewski, I et II ; Chiari, obs. III, Capart ; Silberstein, obs. I et II ; Herzog, obs. V, VI et VII), nous voyons que les observations se décomposent comme suit :

Tumeurs	4
Ulcérations	20
Infiltrations	21
Lésions mixtes	2

Les tumeurs comprennent : vingt-neuf tumeurs lupiques certaines et une tumeur lupique probable. Quatorze seulement de ces cas (qui comprennent les 6 cas de Schäffer) sont signalés comme unique lésion de la pituitaire. Nous n'hésitons pas à les considérer comme des tumeurs lupiques : rien, en effet, ne les distingue cliniquement des autres tumeurs s'accompagnant de lésions de la pituitaire ; comme elles, leur structure ne révèle jamais de bacilles ou rarement ; comme elles, enfin, elles se voient chez des sujets indemnes de lésion pulmonaire ; rien n'autorise en un mot à les en séparer.

Des vingt ulcérations, dix-huit se présentent comme manifestation ultime chez des tuberculeux pulmonaires ; leur aspect ne diffère en rien des lésions granuliques rencontrées sur d'autres muqueuses (ulcération à bords décollés, très douloureuse, avec semis de granulations miliaires en collerette à la périphérie), l'examen bactériologique révèle la présence à leur niveau de nombreux bacilles tuberculeux. Concluons qu'il s'agit d'ulcérations granuliques terminales chez des tuberculeux pulmonaires. Deux autres observations, au contraire (Baurowicz, Michelson, II) sont manifestement des observations de lupus.

Sur les vingt et une observations ayant trait à une infiltration de la muqueuse, quatre seulement (observations III et IV de Hahn, VI de Koschier et IV de Herzog) sont des lupus très probables ; toutes les autres (17) sont des observations de lupus absolument nettes. Nous considérons enfin comme des lésions mixtes à la fois lupiques et granuliques, les lésions décrites dans l'observation XVI de Koschier et l'observation I de Bar et l'observation de Tournwaldt.

L'hyperplasie muriforme, la tumeur du cornet inférieur de l'observation de Tournwaldt ; la perforation de la cloison de l'observation de Koschier ; les masses lisses pseudo-polypeuses de l'observation de Bar sont des manifestations lupiques ainsi qu'en témoignent toutes les autres observations. Elles contrastent singulièrement par leur allure, leur indolence, leur défaut d'ulcération avec la douleur des autres lésions, celles-là granuliques, du pharynx, du larynx et du plancher de la fosse nasale.

C'est que le lupus est lent dans son évolution, casanier, insidieux et passe inaperçu jusqu'au jour où il devient obstruant. On assiste à une éruption ou à une ulcération granulique du pharynx et du larynx ; on trouve en examinant les fosses nasales des lésions que l'on croit contemporaines et partant de même modalité : mais elles sont d'une date bien antérieure et d'une modalité différente [1].

[1] Nous pourrions citer d'autres exemples de manifestations décrites tuberculeuses et qui sont, en réalité, du lupus.

Nous voyons donc, en résumé, qu'il existe seulement deux variétés de tuberculose nasale : la tuberculose miliaire à caractères cliniques nets et univoques ; le lupus qui comprend : la tumeur tuberculeuse et la plupart des végétations tuberculeuses (nous disons la plupart, car certains ulcères granuliques infectés peuvent bourgeonner et donner naissance à des végétations, comme dans le cas rapporté par Band et Tixier, mais le type granulique de l'ulcère reste facilement reconnaissable).

Les faits me paraissent tout à fait démonstratifs : sous le nom de tumeur tuberculeuse, de tuberculose végétante et de lupus, les auteurs ont décrit une seule et même chose. Cette seule et même chose on doit l'appeler lupus, car elle se caractérise objectivement et fonctionnellement par les mêmes troubles que nous avons montrés, au début de ce travail, caractériser l'altération de la pituitaire chez les lupiques cutanés ([1]).

Sans doute, dira-t-on, il s'agit toujours de tuberculose : mais c'est une forme clinique spéciale de la tuberculose, la forme lente atténuée à bacilles rares souvent introuvables.

Concluons donc : il existe deux modalités seulement de la tuberculose de la pituitaire. Le lupus (qu'il se présente sous forme d'infiltration ou de tumeur, avec ou sans ulcération) et la tuberculose miliaire.

Kayser (*Monast. f. Ohrenheilkunde*, avril 1901) cite un cas de tuberculose primitive du nez où il décrit, outre la perforation du septum cartilagineux, l'infiltration mamelonnée caractéristique du lupus.

Symond décrit sous le nom d'ulcération tuberculeuse de la cloison (*Soc. laryngologique de Londres*, 1897, in *Rev. hebdomadaire*, 1897) un cas manifeste de lupus.

Williams (*Soc. laryng. de Londres*, avril 1897) in *Revue hebdomadaire*, 1897, 2, p. 899, décrit comme de la tuberculose vulgaire une tumeur coïncidant avec des manifestations lupiques de la pituitaire.

([1]) Cette étude est uniquement clinique Disons toutefois que l'anatomie pathologique ne permet pas non plus de différencier le lupus de la tuberculose de la pituitaire. M. Schmidt (*Die Krankheiten der oberen Lufwege*, 3e édit., 1903), d'après Massei, affirme que les tumeurs tuberculeuses ne peuvent se différencier ni macroscopiquement ni microscopiquement des néoformations lupiques.

IV

ETIOLOGIE

Ainsi comprise, la tuberculose pituitaire cesse d'être la rareté clinique que nous enseignent les classiques. Si les cas de tuberculose pituitaire sont relativement rares, le nombre des cas de lupus est, au contraire, relativement considérable. On n'a qu'à lire, pour en avoir une idée, les compte rendus des diverses sociétés savantes et principalement de la Société laryngologique de Londres. Nous sommes même convaincus que la fréquence est plus grande encore que ne l'indique le nombre de cas de lupus publiés. D'une part, en effet, le lupus est indolent, n'attire que faiblement l'attention du malade et peut guérir seul : un certain nombre de lupiques ne viennent même pas demander de soins médicaux. D'autre part, des lésions très discrètes du début passent inaperçues.

Notre statistique confirme les données des classiques relativement au sexe et à l'âge de prédilection. Il y a une prédilection marquée de l'affection pour le sexe féminin. Celui-ci comprend les trois quarts des cas de notre statistique générale. La proportion est beaucoup plus considérable encore si on envisage seulement les cas que nous avons personnellement observés, puisqu'alors nous comptons dix-huit femmes pour deux hommes (90 %).

Quant à l'âge, c'est surtout à l'âge moyen de la vie que le lupus sévit. En se reportant à nos observations et tableaux on trouve le maximum de fréquence de 15 à 25 ans (44 % des cas). Puis on le trouve avec une égale fréquence de 5 à 15 ans et de 25 à 50 ans. Au-delà de 50 ans il est très rare : nous avons noté un cas à 63 ans et un autre à 71 ans.

C'est toujours sur le terrain dit scrofuleux qu'il se développe. Il succéderait souvent au coryza pseudo-atrophique strumeux (Moure).

Nous croyons d'ailleurs, et nous avons essayé de démontrer

que, le coryza pseudo-atrophique, comme la rhinite atrophiante (avec ou sans ozène) sont des formes larvées de la tuberculose (V. ce travail déjà cité).

V

PATHOGÉNIE

Aux deux variétés granulique et lupique correspondent deux pathogénies différentes.

Le lupus est une tuberculose locale, primitive, indépendante de toute lésion pulmonaire. La tuberculose miliaire est, au contraire, secondaire à des lésions pulmonaires. Dans le lupus l'infection est directe ; elle se fait par inhalation ou par apport direct avec les doigts souillés. Dans la tuberculose miliaire, au contraire, l'infection est portée des poumons à la fosse nasale par voie sanguine.

1° *Le lupus de la pituitaire est primitif.* — Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ne sont pas de cet avis.

Herzog, par exemple, sur 80 cas de tuberculose nasale n'a constaté que 20 cas (le quart) où il n'y avait pas en même temps tuberculose pulmonaire. Tous ses cas de tuberculose secondaire appartenaient à la forme ulcéreuse. Notre statistique, faite pourtant en partie avec des observations de même source que les siennes, ne nous a rien fait constater de pareil.

Francis Steward (18) a réuni 100 cas de tuberculose nasale dont six personnels. Il a trouvé que les lésions de la pituitaire étaient primitives 58 fois, secondaires 37 fois, et douteuses dans 5 cas. Mais il reconnait que la tumeur tuberculeuse (qu'il distingue d'ailleurs du lupus) est le plus souvent primitive (33 fois sur 40).

Pistre (*Les pseudo-polypes tuberculeux*) considère les tumeurs tuberculeuses comme « le plus souvent secondaires ». Cette assertion est d'autant plus surprenante de la part de cet auteur que, sur les treize observations de son travail, huit ont trait manifestement à des tumeurs primitives ; trois ne portent

pas de mention de l'état pulmonaire, et deux seulement indiquent la coexistence de tumeur tuberculeuse et de lésions pulmonaires.

Pasch (36), tout en reconnaissant que le tuberculome (qu'il distingue aussi du lupus) est le plus souvent primitif, l'a vu aussi coïncider avec de l'infiltration tuberculeuse des poumons.

Toutes nos observations *personnelles* sont des observations de lupus primitif de la pituitaire. Dans aucun cas (notre statistique personnelle porte sur 22 cas : seize observations actuelles ; quatre observations publiées dans ce journal en janvier 1906 et deux en novembre 1906), nous n'avons constaté de lésion pulmonaire.

Parmi les cas recueillis par nous dans la littérature, 9 seulement coïncidaient avec des lésions tuberculeuses du poumon (obs. de Tournwaldt ; obs. VI de Hahn ; IV de Michelson ; IV, VII, XI, XVI de Koschier ; I de Hinsberg et I de Bar).

Or, la coïncidence de lésion pulmonaire et de lupus de la pituitaire ne prouve nullement que c'est la lésion pulmonaire qui a commencé. Dans aucune de ces observations la chronologie des deux localisations n'est indiquée et rien ne permet d'affirmer que la lésion pulmonaire a précédé la lésion nasale. Au contraire, on peut faire valoir des raisons importantes en faveur du début par la pituitaire.

Nous savons que le lupus a une marche extrêmement lente (v. plus loin) qui se chiffre par années.

Nous savons, de plus, que son allure est extrêmement insidieuse et, par conséquent, qu'il peut exister depuis très longtemps lorsqu'il vient se soumettre pour la première fois à l'examen. Or, les neuf observations en question signalent toutes, avec des lésions pulmonaires minimes, des lésions au contraire déjà avancées de la pituitaire.

La malade de Tournwaldt présente de l'induration pulmonaire, mais ses fosses nasales sont le siège d'écoulement mucopurulent depuis l'enfance, et le lupus est très étendu.

La malade de l'obs. VI de Hahn présente des signes de ramollissement et de condensation pulmonaire, mais la perforation de la cloison témoigne de l'ancienneté de la lésion pituitaire (la malade qui fait l'objet de l'observation II de notre

numéro de janvier 1906, présentait seulement, en 1902, un petit état mamelonné, de la dimension d'une lentille, au méat inférieur et qui serait passé inaperçu si nous n'avions eu l'attention attirée sur cette question ; actuellement, cinq ans et demi plus tard, elle présente des lésions du septum cartilagineux et du tiers antérieur des deux cornets inférieurs, sans perforation du cartilage. Aucune lésion pulmonaire).

Dans l'obs. IV de Michelson, il est expressément noté que la malade fait remonter son obstruction nasale à plusieurs années.

Le malade de l'obs. IV de Koschier présente de l'infiltration des sommets, mais la perforation de la cloison atteste l'ancienneté de la lésion nasale.

Même remarque pour ses observations VII et XVI.

Donc, d'un côté, lésions pulmonaires minimes, de l'autre, lésions pituitaires avancées. La logique veut que celles-ci aient commencé.

D'ailleurs, ces faits constituent une infime minorité.

En effet, si nous faisons abstraction de vingt et une observations de nos tableaux où l'état pulmonaire n'est pas indiqué, nous trouvons trente-sept observations de lupus primitif auxquelles il faut joindre nos seize observations personnelles actuelles et les six autres publiées en janvier et novembre 1906, soit cinquante-neuf observations de lupus primitif contre neuf de lupus avec lésions pulmonaires. Les cas de lupus primitifs représentent donc 90,5 °/₀ des cas de notre statistique.

Une autre considération, indirecte mais importante, nous confirme dans notre opinion. Comme le fait remarquer Francis Steward (18), si l'on réunit les cas de tuberculose nasale trouvés chez les tuberculeux pulmonaires par Willigh (19) et Weichselbaum (20), on arrive au total de 3 cas de tuberculose de la pituitaire pour 640 tuberculeux pulmonaires, soit 0,46 °/₀.

Ceci démontre donc que, au cas de coïncidence de tuberculose nasale et de tuberculose pituitaire en clinique, c'est la tuberculose nasale qui a commencé.

Il n'est pas téméraire de penser que les vingt et une observations de nos tableaux qui ne portaient pas d'indication de

l'état pulmonaire, avaient trait à des lésions primitives de la pituitaire.

2° *La tuberculose granulique est, au contraire, secondaire à une lésion pulmonaire.* — C'est ce qui résulte de l'examen des observations colligées dans ce travail : toutes les ulcérations granuliques qui y sont consignées nous apparaissent comme un fait ultime au cours d'une phtysie pulmonaire. Il existe un seul cas d'ulcération granulique de la pituitaire sans lésion pulmonaire : c'est celui décrit par Melzi (21) dans les *Archives internationales de laryngologie*, d'un sujet qui vint le trouver pour obstruction nasale très prononcée. L'auteur constate une rhinite hypertrophique banale et pratique la turbinotomie. A son grand étonnement, il trouve sur la face méatique du cornet inférieur une ulcération tout à fait comparable aux ulcérations de la langue. Les bords sont décollés ; il y avait à la périphérie plusieurs granulations grises caractéristiques. Il s'agissait d'un sujet jeune, cliniquement exempt de tuberculose pulmonaire. L'ulcération fut reconnue histologiquement tuberculeuse, quoique l'examen n'ait pas décelé de bacilles de Koch.

Ce fait est unique à notre connaissance. Il n'infirme pas la règle : l'ulcération granulique est bien, le plus souvent, un phénomène terminal de l'évolution d'une phtysie pulmonaire.

Il s'agit d'une infection sanguine. C'est une décharge bacillaire qui se fait dans la circulation, au niveau du parenchyme pulmonaire, et qui vient coloniser dans la fosse nasale.

Le plus souvent il s'agit d'une décharge bacillaire massive : on trouve, au niveau de ces ulcérations, de nombreux bacilles de Koch, contrairement à ce qu'on observe dans les lésions lupiques où les bacilles sont très rares, ou même introuvables.

En résumé, il existe deux modes d'infection de la pituitaire : voie sanguine produisant la tuberculose miliaire ; voie aérienne provoquant l'apparition du lupus.

Escat suppose que dans ce dernier cas le mucus pituitaire aurait en quelque sorte le pouvoir d'atténuer le bacille de Koch, de le modifier dans sa virulence. Les fosses nasales seraient ainsi une sorte de laboratoire physiologique d'atténuation du bacille.

VI

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons surtout en vue, dans cette étude, la tuberculose primitive, le lupus de la pituitaire.

Nous devons dire deux mots pourtant de la tuberculose granulique.

A. — *Tuberculose granulique miliaire.*

Elle se présente sous deux formes : la granulation grise et l'ulcère.

La *granulation grise* est extrêmement rare au niveau de la pituitaire. Elle se présente sous la forme d'une éruption de petites granulations, du volume d'un grain de mil, grises, séparées les unes des autres par des intervalles de muqueuse saine. Elles siègent le plus souvent sur le cornet inférieur. Si on en fait un frottis sur lamelle, on observe à la simple coloration une quantité considérable de bacilles tuberculeux.

Nous n'en avons trouvé que deux observations : une dans la thèse d'Olympitis qui appartient à Millard ; une autre dans la thèse de Boutard qui appartient à Hajeck.

Dans cette dernière observation, les granulations grises, translucides, siégeaient sur le cornet inférieur ; à l'examen sur lamelle on trouva de nombreux bacilles tuberculeux. Elles passèrent très rapidement à l'ulcération.

Cette transformation rapide doit être la règle, et c'est ce qui nous explique sans doute la rareté de l'éruption miliaire de la pituitaire.

L'ulcération granulique ne présente ici rien de bien particulier. C'est l'aspect habituel des ulcérations granuliques qu'on voit à la langue (bords décollés, collerette de tubercules miliaires). Elle a une prédilection marquée pour la partie antérieure des fosses nasales, la partie tout à fait antérieure de

la cloison et la partie avoisinante de la lèvre supérieure. C'est une ulcération presque autant narinale que nasale ; et c'est probablement l'explication de la douleur parfois vive qui accompagne cette lésion et qui est à opposer avec l'indolence remarquable du lupus.

L'ulcération granulique de la pituitaire a donc une existence propre ; et, par son siège, par ses caractères propres, par la douleur qu'elle occasionne, par la présence de nombreux bacilles sur les produits du raclage, par la coexistence de phtysie pulmonaire, se distingue nettement de l'ulcération lupique. Elle peut, surtout si elle est infectée, devenir végétante, mais très rarement elle aboutit à la perforation du cartilage.

B. — *Lupus.*

Nous avons donné, au début de ce travail, le tableau clinique du lupus à sa période d'état. Il nous reste à dire quelques mots sur ses modes de début, ses troubles fonctionnels, sa marche, et sur l'état du système lymphatique de la face.

1° *Mode de début. Les signes révélateurs du lupus pituitaire.* — Nous avons déjà indiqué ces modes de début dans notre travail de janvier 1906.

Rappelons que nous avons décrit :

Une forme de lupus à début lacrymal ;

Une forme de lupus à début lymphangitique lobulaire ;

Une forme impétigineuse vestibulaire.

Nous renvoyons à ce travail pour le détail de ces modes de début.

Disons seulement que ces modes de début du lupus nous paraissent avoir une grande importance pratique.

Ils ont trait, en effet, *à des phénomènes extérieurs immédiatement visibles pour tout praticien* non exercé aux manœuvres spéciales de la rhinologie. Ce sont des *symptômes révélateurs* du lupus pituitaire. Si le praticien sait que le larmoiement, ou l'impétigo rebelle du vestibule, ou la lymphangite à allure torpide et à répétition du lobule peuvent être l'indice d'une tuberculose nasale tout à fait frustre, il fera

examiner, sans tarder, par un rhinologiste, les malades rentrant dans ces catégories, et évitera à son malade cette longue absence de traitement qui peut se traduire pour lui par une fistule lacrymale, ou par une destruction du lobule ou de la sous-cloison aboutissant à cette horrible destruction du nez dite en tête de mort, ou en nez de perroquet.

2° *Symptômes fonctionnels.* — Ils sont presque nuls tant que la lésion ne devient pas obstruante. Il est même probable qu'elle peut rester latente pendant longtemps.

Puis apparaît de la sécheresse des narines, ou bien une petite sécrétion se desséchant sous forme de croûtes parfois sanguinolentes.

Aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression. Puis si la lésion devient végétante, ou si les croûtes deviennent plus abondantes, apparaît de l'obstruction nasale.

Peu ou pas de retentissement sur l'état général. Quelquefois même les sujets présentent un état véritablement floride.

3° *Etat du système lymphatique de la face.* — Nous avons suffisamment insisté déjà sur les symptômes locaux. Nous dirons seulement quelques mots de l'état du système lymphatique de la face.

On sait que les lymphatiques de la pituitaire (V. M. André « Les lymphatiques des fosses nasales », *Th.*, Paris, 1905), suivent deux courants de direction opposée :

Les lymphatiques de la partie moyenne et postérieure se dirigent en arrière et vont aboutir, par un pédicule supérieur, aux ganglions rétro-pharyngiens et aux ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire ; par un pédicule moyen, aux ganglions sous-digastrique (qui reçoit aussi des lymphatiques du courant antérieur) et jugulaires ; par un pédicule inférieur, enfin, aux ganglions de la chaîne jugulaire, près de la bifurcation de la carotide.

Les lymphatiques du tiers antérieur de la pituitaire partagent la distribution des téguments du nez. Ils présentent donc trois groupes collecteurs : un groupe moyen qui aboutit aux ganglions sous-maxillaires en suivant le trajet des vaisseaux faciaux ; un groupe supérieur qui aboutit aux ganglions préauriculaire et parotidiens ; un groupe inférieur pour les gan-

glions sous-mentaux. Le long de la chaîne faciale se trouvent un certain nombre de ganglions très petits, rencontrés vingt fois sur trente-deux par Poincetreau qui les distingue en : inférieur situé sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, au-devant du masseter ; moyen, situé sur la face externe du buccinateur ; supérieur, comprenant un ganglion naso-génien et un ganglion sous-orbitaire.

Théoriquement, l'infection ganglionnaire devrait donc se systématiser de la façon suivante : à une lésion des deux tiers postérieurs de la muqueuse correspondrait une adénite rétro-pharyngienne ou rétro-digastrique ; à une lésion de la partie antérieure correspondrait une inflammation d'un ou de plusieurs ganglions de la face.

L'adénite rétro-pharyngienne n'a pas été signalée et nous ne l'avons pas observée ; mais une adénite petite pourrait passer inaperçue en raison des difficultés de l'examen dans cette région. D'ailleurs, au début, les lésions sont cantonnées à la partie antérieure de la pituitaire.

Tous les territoires ganglionnaires de la face ont, au contraire, été atteints.

C'est ainsi que nous avons personnellement observé : l'adénite sous-maxillaire (obs. IV, V et VI), l'adénite sous-digastrique (obs. VII) ; l'adénite cervicale et sous-mentale (obs. VIII) ; sous-maxillaire et carotidienne (obs. X) ; sous-maxillaire, sous-mentale et pré-masséterine (obs. XV) ; pré-masséterine (obs. XVI) ; sous-maxillaire et carotidienne (obs. I, *Mémoire* de septembre 1906).

Nous avons noté dans les observations que nous avons parcourues : l'adénopathie pré-auriculaire suppurée avec adénite sous-angulo maxillaire (obs. XII, de Pistre) ; l'adénite sous-maxillaire (Herzog, obs. III et IV ; Chiari, obs. II ; Silberstein, obs. I et II) ; l'adénite sous-maxillaire et cervicale (Pistre, obs. XI ; Hahn, obs. II et VI) ; l'adénite des ganglions de la nuque (Hinsberg, obs. IV). Rappelons aussi les deux observations de Gellé et Poulard (*Th.* de Poulard) (23).

Nous avons observé avec une lésion nasale unilatérale des adénites bilatérales, fait qu'explique bien l'anatomie (distribution croisée des lymphatiques).

Il ne semble pas qu'on se soit beaucoup occupé de l'état du système lymphatique dans la tuberculose nasale.

En effet, sur quatre-vingts observations que nous avons colligées, nous n'avons trouvé colligées que dix fois les adénopathies (le plus souvent à localisation sous-maxillaire). André, dans la partie clinique de sa thèse, ne note que l'observation de Poulard indiquée plus haut. Gellé, dans son travail (38) sur les adénopathies d'origine nasale, remarque que les auteurs sont muets sur cette question (tant en ce qui concerne la tuberculose qu'en ce qui concerne le lupus, puisque la plupart des auteurs conservent cette distinction).

Pourtant l'adénopathie nous semble fréquente puisque nous l'avons trouvée dix fois sur vingt-deux observations, soit 45 %. Nous croyons même qu'elle est plus fréquente que semblent l'indiquer ces chiffres ; car, au début, nous n'explorions pas systématiquement les régions où nous pouvions trouver l'adénite.

Cette recherche des ganglions a une certaine importance diagnostique, car, si avec une de ces adénites, il n'existe pas de lésion cutanée, on sera amené à examiner les fosses nasales, et peut-être à dépister les lésions lupiques au début.

Elle a surtout, comme nous le verrons, une importance pathologique.

Les lymphatiques de la pituitaire empruntant la voie des lymphatiques tégumentaires, on peut se demander si les adénopathies que nous avons rencontrées avec la fréquence relative que nous avons notée, ne sont pas dues aux lésions cutanées qui coexistent parfois avec les lésions pituitaires au moment où le patient se présente à l'examen.

Il n'en est rien. Car si dans un petit nombre de cas, l'adénopathie a, en effet, coïncidé avec des lésions du tégument nasal (comme dans les obs. V et X et l'obs. IV du *Mémoire* de janvier 1906) (rien ne prouve d'ailleurs que l'adénopathie n'était pas antérieure à la lésion cutanée) ; si, dans d'autres, l'interprétation de l'adénite est complexe à cause de lésions du sac concomitantes (obs. II, septembre 1906) ; dans le plus grand nombre de cas (sept fois sur dix), les adénites sont apparues au cours d'un lupus primitif de la pituitaire. Les adé-

nopathies faciales sont donc bien les témoins externes de la lésion pituitaire et doivent la faire rechercher.

4° *Marche, durée, terminaison. Pronostic.* — La marche est extrêmement lente, torpide et insidieuse. Il peut rester six ans (obs. VII), huit ans (obs. XII), dix ans (obs. V) sans se révéler que par des troubles insignifiants, ou simplement par du larmoiement (obs. IX). La lenteur d'évolution peut être plus considérable encore : témoin la malade de l'observation X de Koschier. Il s'agit d'une femme de 71 ans qui, avec une perforation de la cloison, présentait d'autres lésions lupiques minimes de la pituitaire. Or, vingt ans auparavant, elle avait été traitée pour un néoplasme de la cloison ; pendant vingt ans donc, le lupus était resté cantonné aux parties antérieures des fosses nasales, sans avoir pour ainsi dire progressé.

C'est donc par années que se compte la durée du lupus de la pituitaire.

Quelquefois cependant, vraisemblablement sous l'influence d'infections secondaires, il prend une marche très rapide. Nous faisons allusion à ces cas de *lupus vorax* qui, en quelques semaines, détruisent la cloison cartilagineuse, la sous-cloison et le lobule du nez : le diagnostic, avec la syphilis, peut, dans ces cas, présenter des difficultés.

Un caractère important de la marche du lupus consiste dans les *récidives* fréquentes que relatent toutes les observations.

Le lupus a, d'autre part, une certaine tendance à *guérir spontanément*, par suite de la production de tissu fibreux dans la trame de la lésion, et qui agit là, comme partout ailleurs, en étouffant les lésions qu'il enserre. Il est vrai de dire que, souvent, tandis qu'il guérit d'un côté, il repullule d'un autre côté, soit dans le cavum, soit dans le larynx, ainsi que nous le verrons.

Cependant, la formation de ce tissu fibreux sur la présence duquel Garrel et Collet (39) se fondent pour distinguer histologiquement le lupus de la tuberculose active de la pituitaire, a pour résultat d'amener l'atrophie des cornets inférieurs ; et il n'est pas rare, à une période avancée du lupus (surtout si les lésions prédominent sur les cornets inférieurs), de voir, de ce fait, les *fosses nasales considérablement agrandies par une*

sorte de rhinite atrophique lupique. Nouvelle preuve du rôle des toxines tuberculeuses dans la production de l'atrophie turbinale.

Mais si le lupus guérit quelquefois spontanément, en revanche il résiste parfois au traitement le mieux et le plus obstinément conduit.

Dans un certain nombre de cas, enfin, le lupique ne guérit pas, et meurt de tuberculose pulmonaire. Nous avons observé une fois cette éventualité. Ainsi, tandis que le tuberculeux pulmonaire ne devient pour ainsi dire jamais lupique, la réciproque serait loin d'être rare (Lenglet).

Toutes ces considérations nous font voir que rien n'est plus difficile que de se prononcer sur l'avenir d'un lupique de la pituitaire, et justifient pleinement ces paroles de Massei : « Craintes et espérances en dictent le pronostic : espérances en vue de la bénignité et de la lenteur de la maladie qui permettent une intervention radicale ; craintes à cause des complications pouvant survenir en d'autres organes. Il arrive quelquefois, en effet, qu'après plusieurs années d'espoir légitime, des localisations dans le poumon, le larynx ou les méninges, à marche rapide, emportent le malade qu'on considérait guéri. »

VII

COMPLICATIONS

Si on a pu comparer les fosses nasales à un laboratoire où s'atténuerait le bacille de Koch, il faut bien reconnaître aussi que le même laboratoire, après l'avoir atténué le dissémine dans toutes les directions. Située en plein centre de la face, aboutissant ou point de départ d'un certain nombre d'organes, il n'est pas étonnant de voir la fosse nasale déverser son bacille dans ces différentes formations.

En avant, nous voyons, en effet, la pituitaire se continuer par une transition insensible avec la peau de la face ; dans le

méat inférieur elle se continue avec le canal lacrymo-nasal ; dans le méat moyen et supérieur, avec les divers sinus de la face.

En arrière, elle se continue par l'intermédiaire du cavum : d'une part, avec la muqueuse de la trompe d'Eustache et de la cavité tympanique ; d'autre part, avec le pharynx buccal et l'œsophage, et avec le larynx.

Autant de voies que suivra le bacille lorsqu'il quittera son siège d'origine ; autant de variétés de complications à étudier.

A. — *Complications cutanées (Relations du lupus pituitaire et du lupus de la face).*

On n'a d'abord pas tenu compte des lésions de la pituitaire dans la production du lupus cutané : Les lésions pituitaires étaient considérées comme le résultat de la propagation des lésions de la peau à la muqueuse nasale. Puis on reconnut que le lupus de la muqueuse nasale pouvait apparaître isolément, sans qu'il y eut préalablement de lésion cutanée. Le lupus primitif de la pituitaire avait conquis droit de cité (*Th.* de Raulin, 1889). Malgré cela on ne vit pas (probablement sous l'empire de conceptions anciennes) que de la muqueuse la lésion lupique pouvait se propager à la peau. Raulin lui-même croit que le plus souvent le lupus de la face est une infection primitivement cutanée, tandis que, exceptionnellement, il reconnaît pour cause une lésion de la pituitaire.

Pourtant la coïncidence de plus en plus fréquemment constatée de lésions de la pituitaire avec le lupus de la face, devait forcément faire étudier de plus près les relations des deux localisations, et on se demanda, si, loin d'être un épiphénomène au cours d'un lupus de la face, la lésion pituitaire n'était pas au contraire le point de départ de l'infection cutanée, le fait essentiel par conséquent.

Actuellement, rhinologistes et dermatologistes présentent des défenseurs des deux opinions.

Les classiques croient plutôt à une infection primitivement cutanée.

Le lupus des fosses nasales, dit Lermoyez (*Thérapeutique des maladies des fosses nasales*) peut être : α) primitif quand il débute par la pituitaire ; β) secondaire quand, *ce qui est le cas ordinaire*, il entame d'abord la peau de la face et pénètre ensuite dans les fosses nasales.

Garel (*Diagnostic et traitement des maladies du nez*, deuxième édition), après avoir cru à la rareté du lupus primitif de la pituitaire, le considère comme relativement commun. Mais à côté du lupus des téguments du nez par propagation à la peau du lupus pituitaire, il croit à un lupus primitif du tégument nasal dont les nodules seraient beaucoup plus destructeurs que les nodules de la première variété.

Ménier (24) dans son excellent manuel pense que le plus souvent, lorsque les lésions cutanées et muqueuses coïncident, les premières ont commencé.

D'un autre côté, Chiari (25) remarque souvent dans l'anamnèse des cas si fréquents de lupus de la face, que les individus qui en sont atteints ont déjà, longtemps avant l'apparition du lupus, souffert d'une plaie à l'entrée du nez.

Bresgen (30) croit, ainsi que l'avait déjà dit avant lui Neisser, que le lupus du visage n'est, en règle générale, que l'extension d'un lupus de la muqueuse.

Escat (travail déjà cité) pense que toujours le lupus cutané est consécutif à une lésion identique de la pituitaire.

Molinié (26) croit que le lupus primitif de la pituitaire doit être assez fréquent.

Audry (27) pense que « le lupus de la peau est le plus souvent sinon toujours secondaire à des foyers tuberculeux initiaux siégeant soit sur les muqueuses voisines, soit dans les tissus profonds. »

Sticker (29) professe la même opinion, Meneau et Frèche (28) ont trouvé sur 25 cas de lupus de la face, 21 cas où la muqueuse nasale était la première en cause. Il n'y a pas eu, d'ailleurs, d'examen rhinologique : les auteurs basent leur opinion sur le passé nasal du malade (hypersécrétion, croûtes). Ils sont convaincus que « la fréquence du lupus débutant par la pituitaire serait encore plus élevée, contrairement à ce qu'on pense, si on pratiquait un examen systématique

du nez et si le lupus nasal pouvait être dépisté au début ».

Toutefois, ils ne considèrent pas comme consécutif à des lésions de la pituitaire le lupus du centre de la joue.

Lenglet (*Pratique dermatologique*), admet deux modes de production des lésions cutanées : 1° l'inoculation cutanée (baisers, grattages, dermatoses antérieures); 2° la propagation d'une lésion de la muqueuse nasale. Il semble croire, avec Raulin, que le lupus cutané primitif est le mode le plus fréquent. Comme Meneau et Frèche, il ne rattache pas le lupus des régions de la face autre que le nez au lupus de la pituitaire.

Le Professeur Gaucher dans son *Traité de dermatologie* est éclectique : les différents modes de pathogénie du lupus de la face sont possibles.

Pour nous, nous sommes fermement convaincus de l'origine pituitaire du lupus du nez et de la face.

Cette opinion d'une part est basée sur des faits qui nous paraissent inattaquables ; et, d'autre part, elle est la seule, à notre avis, qui puisse expliquer toutes les modalités topographiques du lupus de la face.

Si certains dermatologistes n'admettent pas la porte d'entrée du bacille au niveau de la pituitaire, c'est qu'ils ne voient pas très bien le trait d'union entre la lésion nasale et le nodule cutané. « S'il est juste de regarder le lupus des ailes du nez comme la propagation d'un lupus de la muqueuse, il devient moins évident qu'il y ait toujours un rapport entre le lupus des autres régions de la face et les lésions des muqueuses voisines » (Lenglet, *Loco citato*).

Ce trait d'union c'est le système lymphatique.

Nous aurons donc à étudier les faits sur lesquels nous basons notre opinion ; et le rôle du système lymphatique dans l'apparition du lupus de la face.

1° *Faits qui démontrent l'origine pituitaire du lupus du nez et de la face.* — Nos vingt-deux observations du lupus de la pituitaire peuvent se diviser en trois catégories :

α) Lupus de la pituitaire sans lésion cutanée.

β) Lupus cutané coïncidant avec un lupus de la pituitaire.

γ) Lupus cutané coïncidant avec une lésion non spécifique de la pituitaire.

—

De la première catégorie nous n'avons rien à dire, sinon qu'il ne faut pas attendre l'éclosion des nodules cutanés pour faire le diagnostic de lupus de la pituitaire.

De la seconde catégorie nous dirons que, dans tous les cas qui en font partie, le lupus de la pituitaire a toujours manifestement précédé de plusieurs mois, quelquefois de plusieurs années, l'éclosion du lupus cutané. On peut s'en rendre compte en lisant ces observations.

La troisième catégorie enfin est représentée par un cas de lupus de la pommette coïncidant avec une rhinite atrophique typique sans ozène, et que nous avons relaté dans les *Annales* de janvier 1906.

Ici notre manière de voir semble en défaut. Voilà donc au moins un cas de lupus de la face sans lésion de la pituitaire.

Tout d'abord il n'est pas prouvé que cette affection si peu connue qu'est la rhinite atrophique ne soit pas une manifestation de la tuberculose. Nous avons donné à la Société française de Laryngologie de 1907 (40) les raisons cliniques qui plaident en faveur de cette hypothèse. Mon ami Lombard, à qui j'avais fait part de mes idées sur la nature tuberculeuse possible de la rhinite atrophique, a pu obtenir chez un ozéneux une réaction générale et locale en faisant une injection de tuberculine. Il n'est donc pas impossible que la rhinite atrophique soit une manifestation scléreuse tuberculeuse au même titre que certaines scléroses rénales (Bernard et Salomon) et peut-être hépatiques.

Mais, même si on n'arrive pas à démontrer d'une façon irréfutable cette opinion, il n'en faudrait pas moins considérer le cas de lupus de la pommette dont nous venons de parler comme *d'origine pituitaire.*

Nous allons voir ci-dessous que c'est par la voie lymphatique que le lupus de la pituitaire se propage à la face. Or, il n'est peut-être pas nécessaire que le bacille de Koch produise une lésion au point d'inoculation pour aller coloniser au niveau des relais lymphatiques de la face. Cette explication n'a rien de contraire aux lois de la pathologie générale. On sait actuellement que le bacille de Koch pénètre à travers les parois intestinales sans y provoquer de lésion, pour aller infecter les

lymphatiques du mésentère et peut-être de proche en proche le poumon. On sait que le même bacille de Koch pénètre de la même façon au travers des amygdales pour aller de là infecter les ganglions tributaires (Dieulafoy (41), Babès) (42) et ultérieurement le poumon.

Il résulte de cela, que toujours le lupus de la face serait d'origine pituitaire, qu'il y ait ou non une lésion à la porte d'entrée.

2° *Rôle du système lymphatique dans l'apparition du lupus de la face.* — Il est curieux de voir que les lieux d'élection du lupus de la face sont précisément les points où existent normalement des ganglions ou des relais lymphatiques : pommette (ganglion sous-orbitaire de Poincetreau) ; joue (ganglion génien), branche horizontale du maxillaire inférieur (ganglion pré-massétérin), voilà pour la chaîne lymphatique des vaisseaux faciaux. — Branche montante du maxillaire inférieur (ganglion préauriculaire), région sous-mentale (ganglions sous-mentaux).

A priori on serait déjà en droit d'inférer de cette constatation que c'est par l'intermédiaire de ces ganglions ou des vaisseaux efférents que se fait l'infection de la peau.

L'observation montre que précisément ces ganglions sont très fréquemment pris au cours du lupus de la pituitaire. Nous avons longuement insisté sur ce fait il y a un instant. Concluons donc que les ganglions jouent un rôle essentiel dans l'apparition du lupus cutané.

Parvenu au niveau du ganglion, le bacille peut contaminer la peau et provoquer le lupus de deux façons :

δ) Ou bien il produit une adénite suppurée dont la fistule est le point de départ du lupus (Obs. VIII et XIII), lupus autour d'une fistule adénitique sous-maxillaire). Le rôle du système lymphatique est particulièrement net dans cette dernière observation. En effet, bien que le malade déclare que les nodules lupiques du lobule du nez apparus trois mois avant notre examen aient été contemporains de l'obstruction nasale et de l'apparition des croûtes nasales, l'étendue des lésions de la pituitaire prouve qu'elles sont bien antérieures aux lésions cutanées. Or, bien avant l'apparition du lupus du lobule, toute

la chaîne lymphatique des vaisseaux faciaux a été infectée ; trois ans avant notre examen, adénite sous-maxillaire droite suppurée opérée chirurgicalement, et adénite sous-mentale suppurée ; dix mois avant : adénite prémassétérine droite suppurée. Enfin trois ou quatre jours avant notre examen, apparition d'une gomme cutanée tuberculeuse de la dimension d'un petit pois, en plein centre de la joue (au niveau des ganglions jugeaux).

β) Ou bien le ganglion ne suppure pas ; mais le bacille infecte les lymphatiques cutanés afférents. Nous avons pu, dans une de nos observations, constater au centre d'un lupus de la région massétérine d'ailleurs en voie de guérison, un petit ganglion mobile, preuve palpable du mécanisme de l'infection.

Il est bien évident que si, à la place des ganglions décrits par Poincetreau, il existe seulement un lacis lymphatique, ce dernier jouera le même rôle que le ganglion.

S'il fallait donner d'autres preuves de nos idées, nous pourrions relater plusieurs faits que nous avons eu la bonne fortune d'observer et qui ont la valeur d'expériences de laboratoire.

Nous avons déjà relaté un de ces faits dans notre note de janvier 1906 (obs. IV).

Il s'agit d'une fillette de 13 ans qui, quelque temps après un curettage de la pituitaire et du vestibule lupiques, vit apparaître un nodule lupique à la pommette gauche, en même temps que sur la branche horizontale du maxillaire inférieur du même côté, précisément à l'endroit occupé par le ganglion prémassétérin, apparaissait une gomme tuberculeuse sous-cutanée, encore mobile sur les parties profondes, mais rapidement adhérente à la peau.

Le second fait, en tous points comparable au précédent, est celui relaté dans l'observation VI de ce mémoire : cinq jours après un curettage nasal pour lupus végétant est apparue une rougeur de la pommette avec nodules lupiques caractéristiques et qui furent traités comme tels à l'Hôpital Saint-Louis où j'envoyai la malade.

Nous avons pu observer la contrepartie de ces faits.

Si un curettage de la pituitaire peut inoculer la peau de la face, inversement l'amélioration de la lésion nasale peut ame-

ner la disparition spontanée des lésions cutanées. C'est ce qui se produisit dans la première observation ci-dessus relatée où les lésions de la face (nodule lupique et gomme) diminuèrent peu à peu et disparurent sans qu'on ait dirigé contre elles aucun traitement spécial en dehors du traitement de la pituitaire.

Bresgen (30) a signalé des faits analogues de disparition de nodules cutanés sous l'influence du traitement endonasal.

Nous avons de même constaté une concordance complète entre l'état de la pituitaire et celui des lésions des téguments du nez : celle-ci s'améliorant et disparaissant même, avec l'amélioration de la pituitaire, pour reparaître quand, faute de soins suffisants, les lésions de la pituitaire reprenaient leur essor (obs. III, *Annales*, janvier 1906). En sorte que l'on pourrait dire que l'état de la peau du nez et de la face, est le reflet de l'état de la pituitaire.

Nous avons eu surtout en vue, dans ces lignes, le lupus de la face ; mais il est bien évident que c'est encore par les fentes lymphatiques du derme que se produit le lupus du lobule.

Ajoutons en terminant, que le lupus peut se propager à la peau sans l'intermédiaire des lymphatiques. Il suit, en effet, quelquefois les voies lacrymales, et aboutit au visage par l'intermédiaire d'une fistule du sac (obs. II, *Annales*, septembre 1906. Voyez aussi : observations de Huisberg). Toutefois ce mode de propagation est plus rare que le précédent.

Il n'est pas dans notre idée de nier la possibilité de l'infection directe de la peau. Cliniquement, une lésion préalable de la peau (eczéma le plus souvent ; mais il faut se méfier de ces eczémas qui sont quelquefois déjà des manifestations tuberculeuses) peut favoriser la contagion qu'apportera le baiser ou le grattage.

Expérimentalement on peut faire pénétrer par friction les bacilles dans la peau intacte (Babès, Courmont et Lesieur) (42), (43). Mais, d'une part, ces conditions expérimentales ne sont jamais réalisées en clinique. D'autre part, l'infection directe de la peau ne peut expliquer les particularités cliniques du lupus de la face, et notamment sa topographie qu'explique si clairement au contraire la pathogénie lymphatique que nous proposons.

B. — *Complications lacrymales.*

L'infection des voies lacrymales au cours du lupus de la pituitaire présente le quadruple caractère d'être : fréquente, précoce, et d'être constituée par une infection banale ou au contraire par une infection spécifique, tuberculeuse comme la lésion qui lui a donné naissance.

Elle est *fréquente*. — En effet, sur vingt-deux observations de lupus de la pituitaire nous l'avons rencontrée onze fois. Si nous ajoutons deux autres cas de lupus que nous venons d'observer porteur de lésions lacrymales et qui nous étaient adressés par le Dr Morax, nous arrivons au total de 13 cas d'infection lacrymale sur vingt-quatre lupiques pituitaires ; soit *plus de cinquante pour cent.*

Aussi ne sommes-nous pas peu surpris de voir si peu mentionnée cette cause de larmoiement dans les travaux français parus sur les infections lacrymales.

Raulin déclare l'épiphora possible théoriquement mais ne l'a pas trouvé signalé dans les seize observations qu'il a colligées.

Herzog en signale plusieurs cas dans son mémoire.

Gellé (22) dans son travail à la Société française ne signale que deux fois la tuberculose nasale sur 100 cas de larmoiement examinés par lui dans le service du Prof. de Lapersonne. Il cite une statistique de 30 cas de larmoiement dûs à Faravelli et Kruch où pas une fois la tuberculose n'est signalée.

Elle est *précoce*. — Dans nos 11 cas elle est apparue deux fois avant même qu'aucun trouble nasal ait attiré l'attention du malade ; trois fois en même temps que la gêne nasale, trois fois six mois après, une fois dix-huit mois après. Dans 2 cas l'époque d'apparition n'était pas indiquée. L'infection est donc bien contemporaine du début de la lésion nasale ; c'est donc bien comme nous le disions un signe révélateur. Il est possible que l'exiguité de la lésion l'ait fait passer inaperçue dans un certain nombre d'observations rapportées par les auteurs.

Elle peut être *spécifique ou non*. — S'il s'agit d'une infection banale la méatoscopie inférieure ne laisse voir aucune

lésion du méat proprement dit. La lésion s'arrête au plancher du méat. Ou bien il se produit une synéchie du bord inférieur du cornet avec le plancher favorisant la stagnation relative des larmes et l'infection ascendante des voies lacrymales.

S'il s'agit au contraire d'une infection tuberculeuse des voies lacrymales, la méatoscopie révèle souvent des lésions caractéristiques du méat inférieur. C'est ainsi qu'on peut trouver une petite tumeur lupique dans le méat, semblant venir de l'infundibulum (obs. I et II, *Annales*, septembre 1906), quelquefois aussi la face méatique du cornet inférieur est atteinte, et se soude à la paroi sinusale, obstruant en partie le méat inférieur. Mais l'absence de lésion du méat à la méatoscopie ne prouve peut-être pas absolument que l'infection lacrymale est de nature banale. Nous avons vu un cas de larmoiement sans lésion du méat considéré d'abord par nous comme une infection secondaire sans caractère, donner plus tard naissance à une fistule du sac lacrymal et à un lupus du revêtement cutané.

Il est donc toujours difficile de savoir en cas de larmoiement, chez un lupique, si l'infection des voies lacrymales est banale ou tuberculeuse, et si le malade est menacé ou non d'un lupus des téguments du sac.

C. — *Complications sinusales.*

L'infection des sinus est théoriquement possible, et comme pour les voies lacrymales, on peut concevoir une infection banale du sinus frontal ou maxillaire, se traduisant par du catarrhe des sinus, ou une infection spécifique, tuberculeuse de leurs muqueuses.

Nous n'avons jamais constaté de traces de catarrhe au voisinage du méat moyen. D'autre part, l'endoscopie ne peut évidemment renseigner sur l'état de la muqueuse sinusale, car l'infiltration de la muqueuse pourrait ne pas être suffisante pour intercepter les rayons lumineux. Trois fois nous avons pratiqué l'éclairage des sinus maxillaire et frontaux sans indication de lésion.

En réalité, ce n'est pas par cette voie que se produit la sinusite tuberculeuse : c'est toujours consécutivement à une ostéite tuberculeuse du voisinage qu'elle se produit.

Pourtant Gleitsmann (33) qui a réuni 20 cas de sinusites éparses dans la littérature rapporte (sans plus donner de détails d'ailleurs) 2 cas de sinusite maxillaire sous la dépendance de lupus de la pituitaire.

Gradenigo à l'autopsie d'un lupique mort tuberculeux a trouvé la muqueuse des sinus frontaux et sphénoïdaux infiltrée et tuméfiée (*Ann. des malad. oreille*, 1899, p. 93.

En somme la complication paraît rare et ne vous arrêtera pas.

D. — *Carrefour aéro-digestif.*

La localisation au cavum est l'étape intermédiaire qui conduit le lupus, d'une part aux trompes d'Eustache et à l'oreille moyenne, d'autre part au pharynx, au voile du palais et au larynx. Nous n'avons pas à nous étendre sur le lupus de ces régions. Ce qui serait sortir du cadre de notre sujet.

Rappelons seulement que ces localisations sont absolument indolores ; ne révèlent leur présence par aucun symptôme ou à peu près. Il faut donc systématiquement examiner ces régions pour dépister la propagation.

E. — *Complications auriculaires.*

L'aetion du lupus de la pituitaire sur l'oreille est tout à fait comparable à celle qu'il exerce sur les voies lacrymales.

Il peut, en effet, agir de deux façons :

α) Ou bien il est l'occasion d'une infection banale qui se traduit par un *catarrhe* de l'oreille moyenne tout à fait analogue au larmoiement dont nous parlions précédemment.

β) Ou bien il envahit pour son compte la trompe et l'oreille moyenne ; produit un véritable *lupus de l'oreille moyenne*, disloque la chaîne des osselets, perfore le tympan et se traduit

pour le malade par un minuscule écoulement par le conduit.

L'oreille est fréquemment touchée puisque Félix (34) sur vingt lupiques examinés à la clinique dermato-syphilitique de Bucharest, a toujours trouvé des lésions : dix-sept fois catarrhales et trois fois suppurées.

La lésion d'ailleurs demande à être recherchée, car l'abaissement de l'audition est souvent insuffisant pour attirer l'attention du patient.

Nous avons souvent constaté le catarrhe de l'oreille moyenne; et une fois (obs. XII) une suppuration de l'oreille moyenne avec destruction totale de la membrane à l'exception du segment de Schrappnell.

Le pronostic est sérieux : d'une part, en effet, le traitement du catarrhe est souvent rendu difficile par les lésions du nez et du cavum, tant à cause de la difficulté d'introduire les sondes que de la réinfection constante de la caisse par ces lésions.

D'autre part, le lupus de la caisse est parfois envahissant.

C'est ainsi que Gradenigo (35) a publié un cas où le lupus avait non seulement détruit les osselets et envahi la muqueuse mastoïdienne, mais avait pénétré dans le labyrinthe par effraction de la fenêtre ronde, occupant toute la rampe tympanique. Il avait aussi envahi la fenêtre ovale, et un peu le canal semi-circulaire externe. C'était, comme on le voit, un véritable *lupus vorax de l'oreille*. Il s'agissait d'ailleurs d'une forme très grave de lupus ayant envahi les fosses nasales, le cavum avec adhérence du voile, la langue, le pharynx, le larynx, la peau de la face, de l'oreille, du tronc et des membres.

F. — *Complications intercurrentes.*

Le plus fréquent est l'*érysipèle*. Il se voit assez souvent chez les lupiques du nez. Il n'est pas rare de voir le même sujet présenter au cours de la longue évolution de sa lésion plusieurs érysipèles véritablement récidivants.

Dans un certain nombre de cas on voit à la suite une amélioration des lésions.

VIII

DIAGNOSTIC

Nous avons surtout en vue dans ce chapitre le diagnostic du lupus.

La tuberculose miliaire, en effet, se présente avec des caractères (forme de l'ulcération, bords, siège vestibulaire, nodules périphériques, douleurs vives, apparition et marche rapide, lésions avancées du poumon) sur lesquels nous avons déjà insisté et qui suffisent en général à la faire reconnaître facilement.

Dans tout ce qui va suivre nous supposerons le lupus pituitaire isolé : une lésion concomitante de la face, facilitant singulièrement le diagnostic.

Or, on peut avoir à faire le diagnostic dans plusieurs conditions différentes suivant qu'on est en présence : d'un lupus au début, d'infiltration, de perforation, de tumeur, de lupus végétant.

A. *Lupus au début.* — C'est en reconnaissant la lésion élémentaire qu'on fera le diagnostic. Rappelons qu'il faut la rechercher systématiquement quand un malade présente un des signes révélateurs que nous avons indiqués ; et la rechercher aux lieux de prédilection du début, sur la cloison cartilagineuse, sur la partie toute antérieure de la sous-cloison, sur le plancher du méat.

Une toute petite erreur est possible ; il ne faut pas prendre pour un lupus au début une saillie que l'on voit parfois à l'entrée du méat inférieur, vaguement mamelonnée, due à un épaississement du maxillaire à ce niveau. Il suffit de reconnaître que la muqueuse qui recouvre cette saillie est lisse et non dépolie comme dans le lupus.

B. *Infiltration lupique.* — Elle est bien spéciale : c'est l'infiltration mamelonnée en général suffisamment caractéristique. Plusieurs causes d'erreurs sont pourtant à signaler.

1° *Aspect mamelonné des vieux catarrhes de la pituitaire.* — On rencontre de temps à autre, chez les vieux catarrhes de la pituitaire, une sorte de transformation dermo-papillaire donnant un aspect mamelonné de la muqueuse du tiers antérieur du septum cartilagineux et de la partie correspondante du plancher et des cornets. Mais, comme dans le cas précédent, la *muqueuse a conservé son aspect lisse et poli ;* de plus, elle n'est pas infiltrée ; et nulle part il n'y a de croûtes adhérentes.

2° *Syphilôme diffus des fosses nasales.* — C'est une variété de syphilis tertiaire caractérisée par une infiltration souvent considérable de la cloison et des cornets inférieurs, qui ne peut vraiment pas être confondue avec l'infiltration lupique. Celle-ci, en effet, est mamelonnée, assez régulièrement mamelonnée même ; sa marche est insidieuse, lente ; elle n'occasionne aucune gêne au malade que l'expulsion de quelques croûtes. L'obstruction nasale apparaît avec une extrême lenteur, souvent plusieurs années après que le malade a mouché des croûtes pour la première fois.

L'infiltration du syphilome diffus présente des caractères qui sont les antipodes de ceux que nous venons de décrire ; elle est lisse dans son ensemble (il n'existe que de simples saillies très espacées les unes des autres, rares, ou quelques exulcérations traduisant le début de la fonte). Elle s'installe brusquement : en quinze jours ou trois semaines la cloison et les cornets sont quadruplés de volume, créant une insuffisance nasale considérable. Il y a de la céphalée intense ; enfin les os propres eux-mêmes participent au processus syphilitique, puisqu'ils sont douloureux à la pression.

C. *Perforation lupique.* — On peut avoir à faire le diagnostic d'une perforation lupique en évolution ou, au contraire, d'une perforation guérie.

1° La *perforation syphilitique* ne prête pas à confusion avec la perforation lupique. — Dans le lupus la perforation siège uniquement sur le septum cartilagineux ; la tuberculose respecte en effet toujours le système osseux. De dimension variable (une lentille à une pièce de deux francs et plus) elle est entourée d'une collerette de fongosités molles, saignantes, caractéristiques. Enfin, et surtout, elle n'est jamais isolée ; les

parties avoisinantes de la cloison des cornets ou du vestibule présentent l'infiltration mamelonnée caractéristique.

La perforation syphilitique, au contraire, se produit presque toujours aux dépens de la cloison osseuse ; il y a assez souvent, à cette période, des ulcérations dont l'exploration laisse reconnaître un territoire osseux dénudé ou séquestré ; ajoutons l'odeur spéciale totalement inconnue dans le lupus, la douleur, la céphalée, etc.

Dans de rares exceptions la syphilis peut atteindre le cartilage quadrangulaire.

Vu la rapidité relative de la marche de la lésion, c'est surtout avec le *lupus vorax* qu'elle peut être confondue. Dans les 2 cas, en effet, la perforation s'est faite rapidement. Il peut y avoir une collerette de fongosités autour de la perforation ; le lobule du nez est infiltré et rouge. C'est certainement l'éventualité la plus embarrassante.

On fera le diagnostic du lupus, s'il y a autour de la perforation une zone d'infiltration mamelonnée ; si, sur la lymphangite du lobule, on peut distinguer les nodules sucre d'orge caractéristiques : si les territoires ganglionnaires de la pituitaire sont le siège d'adénites.

Mais des éruptions secondo-tertiaires peuvent simuler les nodules du lobule ; il peut y avoir adénite, au cas de syphilis, s'il y a une infection surajoutée. En sorte que souvent il faudra avoir recours au traitement spécifique pour trancher la question.

Lorsque la perforation est cicatrisée, c'est surtout avec l'*ulcère de Hajeck* que la confusion est possible.

A vrai dire, il n'y a guère de difficulté que s'il n'existe pas d'autres lésions lupiques de la pituitaire. Même dans ce cas les bords de l'ulcération seront une indication parfois suffisante ; régulièrement amincis de la périphérie au centre de façon à présenter une minceur de papier au niveau de la lumière de la perte de substance dans l'ulcère simple, ils présentent dans le lupus un aspect polymorphe, amincis par place, présentant, dans d'autres, un bord épaissi et comme taillé à l'emporte-pièce.

D. *Tumeur lupique.* — Il est classique de dire que la tu-

meur tuberculeuse est d'un diagnostic difficile, et qu'elle peut être confondue même avec les tumeurs malignes, surtout le sarcome.

A notre avis, la difficulté n'est pas aussi considérable.

Il y a lieu de distinguer 2 cas suivant que la tumeur s'accompagne ou non de perforation du septum cartilagineux.

1° *La tumeur s'accompagne de perforation du septum cartilagineux.* — Aucune hésitation n'est possible : il s'agit de lupus ; une seule et même cause a provoqué tumeur et perforation ; il n'y a que le lupus qui puisse donner cet ensemble objectif de lésions.

2° *La tumeur ne s'accompagne pas de perforation du septum.* — Nous répéterons ce que nous venons de dire déjà ; il est exceptionnel que la tumeur soit une manifestation isolée et qu'il n'y ait pas en même temps un autre symptôme lupique.

Il existe une variété hypertrophique de lésion secondaire de la pituitaire qui a été décrite sous le nom de *condylomes des fosses nasales* et dont deux observations ont été rapportées par Lacoarret (31) et par Labit (32).

Ces productions ne paraissent pas avoir une symptomatologie bien nette. Dans le cas de Lacoarret la tumeur implantée sur la cloison avait un volume de 1 centimètre ; composée de trois gros mamelons, elle coïncidait avec des plaques muqueuses de la bouche et du sillon balano-préputial.

Dans le cas de Lacoarret, il n'y avait pas de manifestations syphilitiques concomitantes ; mais la tumeur était dure, de consistance cornée. Les deux tumeurs guérirent par le traitement spécifique.

Ces deux faits constituent des raretés ; ce sont les seuls que nous ayons trouvés dans la littérature française. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir un compte exagéré en clinique. Néanmoins, elles doivent rendre prudent, dans l'exposé d'un diagnostic, et, en cas de doute, on administrera le traitement spécifique.

Tout le monde est d'accord pour dire que l'on peut confondre la tumeur lupique avec une *tumeur maligne de la cloison.*

La question ne se pose que quand on est en présence d'un malade âgé (épithélioma) ou quand, en présence d'un malade

d'âge moyen, le traitement spécifique n'a amené aucune modification ; la tumeur ne s'accompagnant d'aucune autre lésion lupique de la pituitaire.

Cette dernière condition est extrêmement rare. Mais quand elle existe, il est bien certain, que pas plus que les autres tumeurs des fosses nasales, la tumeur lupique n'a de caractère objectif qui lui soit propre : seul alors le microscope et, au besoin, une inoculation, peuvent trancher la question.

TRAITEMENT

Nous sommes convaincus, d'après les cas que nous avons soignés, que le traitement général est de la plus haute importance. Il ne suffit pas à lui seul à guérir un lupus de la pituitaire ; mais il met l'organisme en état de lutter contre les reliquats infectés que le traitement local a pu laisser et laisse presque forcément dans les fosses nasales, après un curetage même le plus minutieusement fait. On rapporte même des cas de guérison de lupus ayant été déjà l'objet de traitements locaux jugés insuffisants par le médecin et qui, quelques années après, furent revus en état de guérison sous l'influence unique du traitement général. Il ne faudrait sans doute pas compter toujours sur des résultats aussi merveilleux ; mais nous le répétons, la première indication du traitement est la suralimentation, la cure d'air, l'huile de foie de morue.

Ceci dit une fois pour toutes, voyons quels sont les moyens locaux dont nous disposons contre cette affection.

On peut classer les procédés employés en :

Procédés physiques,

Procédés chimiques,

Procédés chirurgicaux.

Procédés physiques. — Ils comprennent : la radiothérapie, l'air chaud, la photothérapie et les cautérisations ignées.

Radiumthérapie. — Ce procédé en est encore à sa période embryonnaire. Il a été employé par Botay (45) dans 1 cas. La méthode est trop nouvelle pour être jugée. Elle ne peut être évidemment mise en pratique que dans les grands centres.

Air chaud. — Hollander (« Traitement de la tuberculose des muqueuses par les cautérisations à l'air chaud », Soc. de médecine berlinoise, 16 mai 1906, d'après la *Presse médicale*, 1906, p. 369) déclare avoir obtenu des excellents résultats par ce procédé. Combiné au traitement diététique et hygiénique général, il suffirait dans la plupart des cas, même dans les plus avancés, à amener, sinon toujours, du moins presque toujours une guérison définitive.

Nous n'avons essayé qu'une fois cette méthode chez la malade de l'observation VI. Les séances eurent lieu tous les huit jours, pendant un mois, on fit une application d'air chaud de cinq minutes sur les lésions. Nous promenions directement la canule sur les lésions et nous faisions l'application de six à huit minutes, espérant ainsi avoir une action cautérisante. Au bout d'un mois de ce traitement les lésions ne s'étaient aucunement modifiées et nous cessâmes le traitement. Il faudrait évidemment d'autres tentatives semblables pour juger la méthode.

Galvanocautérisation. — C'est un excellent procédé de traitement à la condition de ne pas lui demander plus qu'il ne peut donner. Elle est indiquée : dans les lupus au début, lorsqu'il y a des lésions limitées, soit à la cloison, soit au méat inférieur, ou à la tête du cornet. Elle est totalement insuffisante dans les lupus végétants.

Voici comment nous procédons : armant le manche porte-cautère d'un couteau galvanique, nous faisons sur la région infiltrée une série de *raies de feu* parallèles les unes aux autres et occupant tout le champ de la zone malade. Puis sur ces premières raies, et dans la même séance, nous appliquons une autre série de *raies de feu*, parallèles entre elles, mais ayant une *direction perpendiculaire aux premières* ou *oblique par rapport aux premières*. Ce procédé analogue à celui employé en art vétérinaire pour le traitement des tuberculoses articulaires nous a donné des résultats bien supérieurs à ceux des pointes de feu. La raie de feu doit avoir une profondeur suffisante pour atteindre la limite des lésions.

Procédés chimiques. — Parmi ces procédés les uns sont mployés directement, sans que les lésions aient été l'objet d'un

traitement quelconque ; les autres sont employés seulement après curettage des lésions. Parmi les premiers, il faut ranger la cautérisation à l'iodure de mercure ; parmi les seconds, les cautérisations à l'acide lactique.

Iodure de mercure. — Ce procédé a été récemment recommandé par Hollander (Société de médecine berlinoise, 16 mai 1906).

Il utilise l'iodure de mercure à l'*état naissant :* un quart d'heure avant l'application du traitement local, il fait absorber au malade une cuillerée à soupe d'une solution à 5 °/₀ d'iodure de potassium ; puis il applique sur les lésions du *calomel en poudre* à l'aide d'un tampon laissé à demeure, ou d'un insufflateur, ou encore en émulsion huileuse. L'iodure éliminé au niveau de la muqueuse se combine au calomel pour donner naissance à de l'iodure de mercure dont l'action sur les produits tuberculeux serait on ne peut plus énergique. Il a utilisé ce procédé non seulement dans la tuberculose de la pituitaire mais encore dans la tuberculose buccale, vésicale et enfin dans la tuberculose laryngée ; dans cette dernière localisation avec de très beaux succès.

Nous avons essayé ce mode de traitement chez les malades qui font l'objet des observations I et VI et ce sans aucun succès. Peut-être d'ailleurs y a-t-il une faute de technique de notre part, n'ayant jamais fait prendre l'iodure que une à trois heures avant l'insufflation de calomel.

Hirschlberg utilise ce mode de traitement avec succès aussi dans la tuberculose conjonctivale.

Acide lactique. — Il ne peut être employé qu'après curettage des lésions.

Il est très efficace à la double condition d'être employé en *solution très concentrée*, 75 °/₀, 80 °/₀ et d'être appliqué non en badigeonnage mais en *pansement laissé à demeure* pendant 25 à 30 minutes. Tant que nous avons employé le badigeonnage nous n'avons eu que des insuccès, dès que nous avons employé le pansement, les modifications se sont produites avec une rapidité que nous étions tout à fait inaccoutumé à voir.

Au cours de nos recherches bibliographiques nous avons pu

nous rendre compte que cette façon d'opérer a déjà été employé par Hinsberg (*Arch. of. otology*).

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il comprend : l'ablation sanglante des lésions avec la partie du squelette y attenant et le curetage de la muqueuse dégénérée.

L'ablation sanglante d'une partie du septum a été pratiquée par Onodi dans un cas de tuberculose primitive de la cloison (Onodi, *Arch. int. de laryngologie*, nov. et décembre 1906).

Cette opération est, en soi, très logique ; on a pu voir la fréquence extrême des perforations de la cloison au cours du lupus. N'est-il pas préférable de créer d'emblée une perforation en dépassant largement les limites du mal et se donnant ainsi toutes les chances possibles de guérison? Les exigences de l'esthétique ne permettent toutefois de la pratiquer que quand la lésion est telle, que la perforation consécutive ne sera pas visible extérieurement.

Quelques auteurs (Trétrop, Delsaux, Société belge de laryngologie, 1906), ont fait précéder le curetage d'une *Rhinotomie* latérale par décollement de l'aile du nez (Delsaux) médiane (Trétrop).

Dans le cas de Delsaux il y eut inoculation de la plaie opératoire, car quelques mois après l'opération, apparaissaient dans la cicatrice des nodules lupiques.

Même en ne tenant pas compte de cette possibilité, nous ne croyons pas qu'une rhinotomie soit vraiment utile pour faire un curetage des fosses nasales que l'on peut faire d'une façon tout à fait satisfaisante par les voies naturelles.

Faut il chloroformer le malade? Nous pensons que le chloroforme présente deux indications bien nettes : l'étendue considérable des lésions et la pusillanimité du patient. Il y a une indication formelle dans le cas de lupus végétant étendu aux deux cornets inférieurs et moyen et à la partie correspondante de la cloison. On peut, ainsi, en une seule séance détruire toutes les lésions de la muqueuse et on n'a plus ensuite qu'à

détruire ce qui pourrait rester, par les pansements à l'acide lactique.

Pareillement on évitera aux malades trop sensibles, le supplice des curetages répétés, toujours douloureux malgré la cocaïnisation.

Voici, en résumé, la technique que nous avons adoptée :

Lupus très limité ; cautérisations ignées.

Lupus peu étendu mais végétant ; curetage et pansements à l'acide lactique.

Lupus très étendu et végétant ; curetage sous chloroforme.

Le curetage doit être très minutieux si l'on veut éviter des récidives. Il faut rechercher les granulations partout où elles peuvent siéger, notamment à l'arête du vestibule, à l'angle de réunion de l'arête et de l'aile du nez, et dans le cul-de-sac du vestibule où elles se dissimulent aisément.

Quant au pansement à l'acide lactique, nous le pratiquons d'une façon méthodique à la façon d'un tamponnement des fosses nasales. Nous introduisons entre le cornet inférieur et la cloison (que ces deux organes soient lésés simultanément ou isolément) une lanière de coton imbibé d'une solution d'acide lactique à 75 $^{0}/_{0}$; on met deux lanières côte à côte si l'espace compris entre le cornet et la cloison est très large, de façon à ce que la lésion soit en contact intime avec le pansement. On introduit pareillement une lanière dans le méat inférieur s'il est lésé ; et une autre dans le méat moyen, au-dessus des premières, si le cornet moyen est malade et toujours de telle façon que le cornet moyen soit bien en contact intime avec le pansement, sans que, cependant, il y ait compression. Le pansement est retiré après un temps variant entre 15 et 30 minutes suivant l'endurance du malade et répété trois fois par semaine. Le pansement est douloureux, mais en général supportable.

Les résultats nous ont paru remarquable (tandis qu'ils étaient nuls avec les simples badigeonnages à l'acide lactique). C'est à partir du moment où nous avons commencé ces pansements que nous avons pu mener à bien la malade de notre observation I ; de nos observations XI, XII, XIII et IX.

Très rapidement l'infiltration mamelonnée disparaît, lais-

sant à sa place une muqueuse régulière, lisse et de consistance normale.

Le point délicat est de savoir exactement à quel moment il faut cesser les pansements.

On peut dire que, quand on a des doutes, c'est que la muqueuse est encore malade ; tout mamelon devra être enlevé ; la curette donne souvent des renseignements précieux ; c'est elle qui donne la sensation de mollesse tout à fait caractéristique et révélatrice des lésions lupiques.

Le traitement reste malgré tout long et délicat : il demande de la part du malade beaucoup de confiance et de docilité, et de la part du médecin beaucoup de persuasion et de ténacité.

OBSERVATION I

Lupus de la pituitaire. Lupus du nez.

Mme V., 29 ans, vient à la consultation du service du Dr Sébileau parce qu'elle mouche des croûtes constamment par les deux fosses nasales. Elle n'en souffre aucunement. Mais elle craint qu'il n'y ait quelque chose de sérieux dans ses fosses nasales en raison d'un lupus étendu du nez actuellement guéri dont les premières manifestations remontent à dix ans en arrière. On constate en effet que toute la surface extérieure du nez (presque jusqu'à sa racine) est le siège d'une cicatrice blanc bleuâtre, mince, parcourue seulement par de fines varicosités capillaires. Cette cicatrice est le reliquat d'un lupus étendu ayant produit une ulcération au niveau des os propres, et deux autres au niveau de chacune des narines qui sont effectivement échancrées fortement.

Voici comment elle raconte l'apparition de son lupus :

Après avoir été exposée à un froid très vif (cinq heures de voiture découverte, la figure exposée à un vent très piquant de décembre), elle se réveille le matin avec un gonflement de tout le nez qu'il déborde pour s'étendre aux deux joues. Quelques jours après, le gonflement se localise au nez, principalement aux narines, et s'accompagne de rougeur. C'est au bout de un an que les ulcérations commencent à apparaître. D'abord soignée par des scarifications et des pointes de feu sans résultat, elle voit, au

bout de six ans, le Dr Almagran, à Orléans, qui la guérit après 16 séances de rayon X.

Or, *cinq ans avant l'apparition du lupus nasal elle avait constaté que la secrétion nasale devenait beaucoup plus abondante que normalement ;* en outre, elle devenait sale, un peu purulente, quoique sans aucune odeur.

Lorsque nous examinons la malade pour la première fois le 1er septembre 1902, nous trouvons : sur la tête des deux cornets antérieurs plusieurs petits mamelons du volume d'une grosse tête d'épingle séparés par de minuscules sillons exulcérés. La muqueuse à ce niveau a perdu son poli et est pâle.

Sur la cloison, à la partie tout à fait antérieure, est un paquet de végétations de la grosseur d'un pois, molles, au milieu desquelles on pénètre en traversant la cloison de part en part (avec le stylet).

La mère de la malade est morte à 24 ans poitrinaire (la malade était alors âgée de 4 ans). Deux tantes maternelles sont également mortes tuberculeuses.

Elle ne présente pas de lésion pulmonaire. Petite adénopathie sous-maxillaire qui a été beaucoup plus volumineuse.

On enlève les végétations à la curette et on badigeonne la surface cruentée avec une solution d'acide lactique à 20 %. Cautérisation de la tête des deux cornets inférieurs.

En mars 1903, après plusieurs cautérisations à plusieurs reprises, elle paraît complètement guérie.

Cependant, en juillet 1903, petite récidive sur la tête des cornets inférieurs : cautérisations ignées.

En mars 1904, deux nodules lupiques cutanés apparaissent sur la face externe et le bord libre de l'aile droite du nez.

Les lésions de la pituitaire réapparaissent au pourtour de la perforation de la cloison et sur la partie moyenne du bord libre du cornet inférieur.

Pendant plusieurs mois on peut surveiller la malade mais un beau jour elle cesse de venir à la consultation.

Nous la revoyons seulement en juin 1905. La perforation a la dimension d'une pièce de un franc, elle présente des fongosités surtout sur son bord postérieur. Les deux cornets inférieurs ont toujours des lésions ; mais leur tête est guérie. C'est vers la partie moyenne qu'on voit toujours les petits mamelons révélateurs. Pendant huit mois on fait, à des périodes variant entre trois semaines et deux mois, des cautérisations ignées.

Le 27 décembre 1905, on voit pour la première fois le cornet

moyen gauche présenter lui aussi un aspect mamelonné qui ne nous laisse aucun doute sur sa participation aux lésions. Les mamelons sont pourtant plus plats que sur le cornet inférieur, les sillons un peu plus larges, plus rubanés, ce qui donne un aspect mité, comme rongé des vers.

N'osant faire de cautérisation ignée sur le cornet moyen, on fait un curettage (qui révèle la mollesse caractéristique des lésions) suivi d'un badigeonnage à l'acide lactique à 25 °/₀. Même opération sur les cornets inférieurs et la perforation.

9 juin 1906. Le pourtour de la perforation et les cornets paraissent en bon état.

10 novembre 1906 : Nouvelles fongosités sur la partie supérieure et antéro-supérieure du pourtour de la perforation. Cette perforation a maintenant la dimension d'une pièce de un franc ; son bord postérieur a trois fois l'épaisseur du bord antérieur et ne dépasse pas les limites du cartilage. Il y a évidemment de la chondrite tuberculeuse. Les cornets inférieurs paraissent guéris, ils se rétractent un peu sous l'action de l'adrénaline.

Le cavum, les amygdales et le larynx sont sains. Oreilles normales.

Revue le 25 janvier 1907. Des mamelons sont réapparus sur le bord postérieur de la perforation de la cloison. Application d'un tampon d'ouate imbibé d'acide lactique à 75 °/₀ pendant 20 minutes et qu'on pratique tous les deux jours.

Le 6 février 1907. La perforation est cicatrisée mais avec un bord antérieur aminci, et un bord postérieur épais. Les cornets sont lisses et paraissent définitivement guéris.

OBSERVATION II

Lupus de la pituitaire. Lupus nasal consécutif. Epiphora bilatéral.

Mme P., 43 ans, vient nous consulter à notre Polyclinique de la rue d'Amsterdam, envoyée par un confrère qui lui donne ses soins pour un lupus du nez, occupant les deux tiers inférieurs du nez. Nous la voyons pour la première fois le 23 novembre 1903.

Le lupus a débuté il y a eu un an au mois d'octobre dernier par deux ou trois nodules sur le lobule. Or, *depuis quatre ou*

cinq ans, elle était incommodée par de la gêne nasale se traduisant par l'émission de croûtes parfois sanglantes.

Elle présente un épiphora bilatéral apparu en même temps que le lupus nasal.

Rhinoscopie. — On constate une infiltration mamelonnée et sillonnée sans grand relief que nous avons déjà signalée dans les observations précédentes. La lésion a son maximum sur la paroi antéro-supérieure du vestibule, de chaque côté dans l'angle formé par la paroi nasale et l'arête de la cloison. Il y a même à cet endroit des fongosités molles qui atteignent aussi, mais faiblement, la partie du septum cartilagineux avoisinante. Mais les lésions existent aussi sur la tête des cornets : à droite, celle-ci est en contact avec la convexité d'une déviation de la cloison ; à gauche, la tête du cornet inférieur lupique a formé synéchie avec une crête de la cloison, située presque au niveau du plancher ; d'autre part, l'extrémité toute antérieure du bord inférieur du cornet est adhérente au plancher de la fosse nasale, en sorte que l'entrée du méat inférieur se trouve transformée en un sac presque clos. — Poumons sains.

Il existe de l'épiphora des deux côtés mais surtout prononcé à gauche.

On traite les lésions exclusivement par les cautérisations ignées galvaniques ; cautérisations renouvelées tous les huit jours. — Le 23 décembre, il y a une amélioration très nette des lésions de la pituitaire, sans aucune modification du larmoiement.

Le 30 décembre, les cornets vont beaucoup mieux : mais la cloison cartilagineuse est atteinte à partir de l'arête vestibulaire sur l'étendue d'une pièce de 0 fr. 20.

Le 10 et le 20, nouveau badigeonnage à l'acide lactique. — Malheureusement, obligée de retourner en province, nous cessons de la revoir.

OBSERVATION III

Lupus de la pituitaire ayant débuté sous forme de tumeur. Lupus du nez consécutif. Larmoiement.

Mme M., 59 ans. Vient à la consultation dans le service du Dr Sébileau le 21 avril 1904.

Il y a huit ans elle s'aperçut qu'elle présentait de la gêne de la

respiration nasale, s'accompagnant de suintement nocturne. A ce moment, un médecin *vit une tumeur de la fosse nasale gauche* qu'il enleva. Il aperçut ensuite des mamelons de la pituitaire et pensa à la syphilis, puisqu'il administra le sirop de Gibert.

Actuellement, elle présente les lésions cutanées suivantes : ulcération de la face gauche du lobule du nez et adhérence de l'aile gauche du nez à la partie antérieure de la sous-cloison ; en outre, nodules lupiques disséminés sur toute la face extérieure et le dos du nez, notamment sur la partie gauche, où ils atteignent le niveau des os propres. C'est seulement il y a quatre ans que le lobule du nez commença à « enfler » et à devenir rouge. Mais il y a à peine trois ans que l'ulcération est apparue ainsi que les nodules lupiques.

Il y a de l'épiphora du canal lacrymal gauche apparu peu de temps après l'insuffisance nasale.

Rhinoscopie antérieure : Les deux faces de la cloison cartilagineuse sont le siège d'une infiltration mamelonnée, de couleur pâle bleuâtre ; c'est surtout la partie inférieure de la face gauche de la cloison qui est atteinte et la portion avoisinante du plancher de la fosse nasale. La cloison présente à ce niveau sur toute sa longueur, ou presque jusqu'à la partie postérieure, une infiltration pâle bleuâtre, très saillante au-dessus du niveau de la muqueuse saine voisine et composée d'une série de petits grains minuscules séparés les uns des autres par des sillons blanchâtres. Un certain nombre de ces grains se réunissent par place, formant de petites végétations granuleuses, mollasses au contact du stylet.

La partie moyenne de cette infiltration est le siège d'une ulcération irrégulière, à bords découpés et occupant presque toute l'étendue de l'infiltration.

La partie tout à fait antérieure du cartilage quadrangulaire est le siège d'une perforation minuscule.

Le cornet inférieur droit est sain ainsi que le cornet moyen du même côté.

Le cornet inférieur gauche est difficile à voir à cause de l'adhérence de l'aile du nez au lobule. Pourtant, il semble présenter aussi de l'infiltration mamelonnée.

Poumons sains à l'auscultation. Aucun antécédent tuberculeux.

Curettage de l'infiltration et de l'ulcère de la cloison qui sont d'une mollesse excessive. Le curettage ramène de véritables fongosités. Le cornet inférieur gauche est également curetté ; il est également extrêmement mou sous la curette ; on fait suivre le curettage d'un badigeonnage à l'acide lactique à 20 %.

Revient le 28 mai 1904. On lui a fait à Saint-Louis un curettage du lobule du nez. L'affection semble prendre une marche rapide. La perforation est large, entourée d'une collerette de petites fongosités friables. La partie antérieure droite de la cloison est atteinte de granulations abondantes. La face interne de l'aile du nez est fortement infiltrée.

Mais les *nodules lupiques du dos du nez ont disparu*. Ils reparurent d'ailleurs plus tard quand la pituitaire devint à nouveau plus malade, pour disparaître ultérieurement d'une façon définitive, avec l'amélioration de l'état de la pituitaire.

Curettage suivi d'un badigeonnage à l'acide lactique à 20 %.

10 juin et 23 juin. — Nouveau curettage de la cloison et du plancher gauche.

8 juillet. — Le lupus atteint la lèvre supérieure. La pituitaire paraît en bon état, sauf au niveau du vestibule à gauche. Curettage du vestibule et badigeonnage à l'acide lactique. Pointes de feu sur la lèvre. On surveille la malade tous les quinze jours pendant trois mois, après quoi elle est perdue de vue.

25 février 1905. — Fosse nasale gauche en bon état ; lèvre supérieure guérie ; mais tout le lobule du nez ou plutôt tout le tiers inférieur du nez est atteint de lymphangite tuberculeuse et la face correspondante du vestibule est végétante.

Le tiers postérieur de la face gauche de la cloison présente un aspect pâle, comme macéré, avec une série de dépressions punctiformes ; elle est lisse et dure au contact du stylet, d'ailleurs sans aucune infiltration.

Malgré l'apparence nettement bacillaire, malgré la coïncidence de lésions lupiques cutanées, nous administrons le traitement spécifique pendant 15 jours sans en obtenir aucune amélioration.

Bientôt des nodules lupiques apparaissent sur la sous-cloison et vers la fin mai la sous-cloison se rompt, produisant un affaiblissement du lobule.

Pointes de feu superficielles sur la sous-cloison et la portion avoisinante de la lèvre deux fois par mois, pendant juin et juillet.

13 septembre 1905. — Sous-cloison très améliorée ; le lobule présente à peine un peu de lymphangite. La lèvre est guérie.

Mais, outre quelques fongosités sur le bord inférieur de la cloison dans son tiers antérieur, ainsi que sur le bord antérieur de la perforation, on constate de l'infiltration mamelonnée sur le cornet moyen gauche.

Curettage et badigeonnage à l'acide lactique 20 %.

14 février 1906. — Le lobule du nez est de plus en plus affaissé ; la sous-cloison étant complètement détruite.

On revoit seulement la malade le 2 mars 1907.

L'apparence extérieure du nez est encore plus mauvaise. Le lobule du nez de plus en plus affaissé est lâchement adhérent à la partie antérieure de l'épine nasale. L'aile gauche du nez s'est insinuée sous le lobule auquel elle adhère lâchement aussi. La peau du lobule est indemne de lésion. Mais le vestibule est fongueux. La partie inférieure de la cloison à droite est infiltrée jusqu'à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Le cornet inférieur de ce côté est sain. A gauche, nouvelle réapparition des lésions sur le plancher et sur le cornet moyen. Le cornet inférieur gauche est très atrophié.

Nouveau curettage aussi complet que possible. Cette fois on applique après le curettage une mèche de coton imbibé d'acide lactique à 50 % puis à 75 % qu'on laisse à demeure pendant un quart d'heure (le malade ne pouvant la tolérer plus longtemps) et qu'on renouvelle trois fois par semaine.

OBSERVATION IV

Lupus primitif de la muqueuse nasale sans coïncidence de lésion cutanée.

Eloïse B., 20 ans, vient à la clinique laryngologique de l'Hôpital Lariboisière le 20 mars 1904.

Orpheline de père et de mère : le père mort de bronchite, buveur et viveur. Une sœur morte à 20 ans, une autre à 17 ans de la poitrine, deux autres sœurs de la petite variole à 6 mois et à 2 ans. Elle a toujours vécu loin de ses sœurs.

A part une angine couenneuse survenue à l'âge de 10 ans, elle n'a jamais fait de maladie.

Elle se plaint de difficulté pour respirer par les narines et d'enchifrènement depuis 1 an.

Rhinoscopie. — Tout le vestibule nasal gauche est le siège d'une infiltration avec végétations molles. Le septum présente une infiltration avec végétations disséminées du volume d'une lentille à un pois et très finement lobulées, grenues ; sur cette infiltration du septum est une perte de substance se prolongeant assez loin

en arrière. Pas de dénudation osseuse à l'exploration du stylet... Le cornet inférieur du même côté est atteint également ; mais il présente seulement, outre la pâleur commune au reste des lésions, de petites rainures exulcérées, séparant de fins lobules non saillants. Le plancher présente les mêmes lésions que le cornet. Pas de perforation du septum. — Fosse nasale droite indemne. Pas d'odeur, pas de céphalée, pas de douleur à la pression des os propres ; pas de douleur spontanée.

Aucun stygmate d'hérédo-syphilis. Quatre ganglions sous-maxillaires gauches du volume d'un pois à une noisette. Adénite sous-maxillaire droite également.

Poumons indemnes.

Inoculation à un cobaye d'une parcelle de la lésion positive.

On fait d'abord un curettage de lésions suivi de badigeonnage à l'acide lactique à 50 $^0/_0$, puis une série de cautérisations galvaniques.

Le 20 avril, l'amélioration était considérable. Malheureusement la malade cessa de venir à la consultation.

OBSERVATION V.

Lupus de la pituitaire ; lupus nasal consécutif.

Maria E., 16 ans, vient à la consultation laryngologique de l'Hôpital Lariboisière où elle nous est adressée par le Dr Balzer le 1er avril 1904. Elle présente un lupus du nez pour lequel elle est soignée à Saint-Louis et dont l'origine remonterait à 6 mois.

Or, les lésions de la pituitaire sont bien antérieures aux lésions cutanées, puisqu'il y a au moins trois ou quatre ans, dit-elle, qu'elle commençait à ressentir de la gêne dans la narine droite, mouchant dès croûtes ou les arrachant avec ses doigts. Il y a deux ans, les mêmes symptômes apparurent dans la narine gauche.

Rhinoscopie antérieure. — Lupus de la pituitaire caractérisé par une infiltration mamelonnée, sans grand relief au-dessus du plan de la muqueuse saine ; rénittente au stylet, de couleur rouge pâle et d'aspect dépoli. Cette infiltration est surtout vestibulaire, mais existe également au niveau du quart antérieur de la cloison et des cornets inférieurs avec prédominance à droite. La sous-cloison près du lobule est également touchée.

Nombreux ganglions sous-maxillaires. Sommet gauche du poumon présente peut-être un peu de dureté du murmure vésiculaire.

Nous passons les antécédents qui n'ont pas une importance essentielle pour ce travail, et pour ne pas allonger exagérément les observations.

On fait le 8, le 15 et le 25 avril un curettage des lésions suivi d'un badigeonnage à l'acide lactique 40 %. A la dernière séance on découvre un nid de nodules dans le vestibule au-dessous de la pointe du lobule avec tendance à l'ulcération du septum.

11 mai. — Septum cicatrisé ; quelques nodules suspects sur la tête du cornet inférieur droit et à l'entrée du plancher à gauche. Curettage et badigeonnage à l'acide lactique.

14 juin. — Nouveau curettage du cornet inférieur droit.

16 juin. — Cloison toujours cicatrisée. Le plancher des deux côtés présente quelques points suspects qui sont curettés, pour badigeonner à l'acide lactique pur.

L'État général est également meilleur : la malade prend un embonpoint manifeste.

L'adénite sous-maxillaire a presque entièrement disparu.

La malade qui n'habite pas Paris est obligée de repartir chez elle.

OBSERVATION VI.

Lupus végétant primitif de la pituitaire. Lupus secondaire de la pommette ayant suivi un curettage de la muqueuse. Epiphora gauche.

Mme B., 42 ans, vient à la consultation de Lariboisière le 10 novembre 1905 pour une obstruction nasale très prononcée.

Depuis dix ans, elle est sujette à des coryzas durant deux à trois mois, s'accompagnant d'émission de croûtes sanglantes et disparaissant à la belle saison. Il y a deux ans, elle fut inquiétée par de la cacosmie qui la décida à aller consulter un spécialiste. On lui fit à cette époque des cautérisations au nitrate d'argent suivies de badigeonnage à la teinture d'iode et la cacosmie disparut en deux mois ; on fit même à cette époque un curetage d'une des fosses nasales.

Il y a un an on fit un curetage de la fosse nasale à Saint-Antoine.

Quatre enfants vivants, bien portants. Deux enfants morts ; l'un à 18 mois de méningite, l'autre de bronchite capillaire suite de rougeole.

Jamais de fausse couche ; aucun stigmate de syphilis.

Les poumons sont sains,

Elle présente de l'épiphora de l'œil gauche survenu il y a seize ans à la suite d'un abcès du sac lacrymal. Les lésions lupiques remonteraient-elles à si loin ?

Adénites sous-maxillaires droites et gauches volumineuses, surtout à droite ; elle déclare en être porteuse depuis l'enfance.

Rhinoscopie. — A droite le cornet inférieur est transformé en une masse végétante pâle venant au contact de la cloison. L'ensemble de la lésion donne une impression de quelque chose de finement grenu. Les végétations sont composées d'une multitude de fines granulations et sont séparées par des dépressions, ou même de vraies pertes de substance : l'ensemble rappelle assez bien les cartes de géographie en relief des écoles. La lésion semble aller très loin en arrière, mais il est impossible de préciser parce que le cornet est en contact de la cloison déviée. Mêmes lésions sur le plancher et la face interne de l'aile du nez du même côté.

A gauche : mêmes lésions.

La cloison cartilagineuse présente une infiltration mamelonnée et sillonnée, pâle, bleuâtre et mollasse au stylet. Perforation très antérieure.

Les cornets moyens sont difficilement aperçus. Séance tenante, après cocaïnisation on fait un curettage de la fosse nasale droite suivi d'un badigeonnage à l'acide lactique 30 °/₀.

16 novembre. — Curettage de la fosse nasale gauche. Le 22 quand elle revient *quatre jours après le curettage de la fosse nasale, elle présente une plaque de lymphangite de la pommette gauche avec deux nodules lupiques. Cette lésion a d'ailleurs depuis évolué comme un lupus de la joue.*

Il n'y avait pas de doute dans notre esprit que notre curetage avait été la cause de l'apparition du lupus de la joue ; aussi, à partir de ce moment fîmes-nous, pendant un certain temps, exclusivement des cautérisations ignées.

Mais, par ce procédé, le traitement était long et nous dûmes, malgré ses dangers, revenir au curettage.

20 avril. — Curettage soigneux du cornet inférieur droit et de la cloison du même côté suivi d'un badigeonnage à l'acide lactique 30 °/₀.

10 mai. — Curettage du cornet inférieur et de la cloison à droite.

A partir du 25 mai nous faisons des cautérisations ignées tous les huit jours alternativement dans chaque fosse nasale jusqu'à la fin juin.

Nous revoyons la malade le 20 juillet ; amélioration extrêmement considérable : le cornet inférieur droit est presque guéri. A gauche, le cornet inférieur est très raréfié. Mais nous voyons, se détachant de la partie postérieure du cornet moyen, une intumescence pâle, grenue, remittente au stylet.

Les deux fosses nasales sont complètement perméables : c'est le résultat dont se félicite la malade, car, avant le traitement, elles étaient complètement obstruées. Quelques fongosités autour de la perforation de la cloison. Raies de feu sur les cornets et pointes de feu sur les fongosités de la cloison.

Revue le 16 novembre 1906 : Les parties antérieures des deux cornets inférieurs sont encore malades ainsi que le pourtour de la perforation de la cloison. Curettage et badigeonnage à l'acide lactique 50 %.

9 janvier 1907. — La partie postérieure du cornet moyen gauche est énormément hypertrophiée. C'est une tumeur qui lui est appendue sous forme d'une grosse framboise pâle bleutée, lobulée et descendant jusqu'au voisinage du plancher. Cavum, larynx et pharynx normaux. Le lupus de la joue continue son évolution et est soigné à Saint-Louis.

Ablation de la tumeur.

A partir de ce moment on commence tous les huit jours des pansements à l'acide lactique à 75 % laissés à demeure 25 minutes.

Malheureusement, au bout de deux séances, la malade cesse à nouveau de venir à la consultation.

En résumé : malade très améliorée mais non guérie.

OBSERVATION VII

Lupus de la pituitaire. Lupus consécutif de la pommette gauche et de la joue au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche. Larmoiement bilatéral.

Marie P., 26 ans, vient à la consultation le 4 novembre 1905, envoyée à nous par le Dr Balzer dans le service duquel elle est soignée depuis deux ans pour des manifestations lupiques siégeant

l'une à la pommette, l'autre au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur ; les deux lésions sur le côté gauche de la face. Il existe, en outre, des lésions lupiques guéries au niveau du lobule.

Le début de l'affection remonte à six ans : à ce moment *elle mouchait des croûtes et présentait des « végétations de chair » au vestibule nasal ; six mois après apparaît du larmoiement de l'œil droit et alors seulement le lupus nasal.*

Trois enfants bien portants. Père et mère bien portants.

Poumons sains.

Rhinoscopie. — Actuellement l'aile gauche du nez est en grande partie rongée sans toutefois présenter de nodules lupiques.

A gauche. — Infiltration mamelonnée et pâle du cornet inférieur ; à quelques millimètres de son extrémité antérieure il présente une synéchie avec le plancher de la fosse nasale (C'est de ce côté que l'épiphora est le plus prononcé). Tout le cornet est infiltré et présente par place des pertes de substances.

A droite. — Le cornet inférieur présente la même lésion mamelonnée surtout au niveau du bord inférieur, qui est recouverte de croûtes purulentes. Des deux côtés, d'ailleurs les cornets inférieurs sont extrêmement atrophiés, et les mamelons et les sillons qu'ils présentent joints à cette destruction atrophique leur donne véritablement l'aspect rayé et mité auquel on a déjà comparé ces lésions.

Des deux côtés les cornets moyens sont hypertrophiés et présentent un aspect mamelonné et sillonné très net. Pas de lésion de la cloison.

Un petit ganglion à l'extrémité de la grande corne de l'os hyoïde à gauche.

Le traitement consiste en curettage suivi de badigeonnages à l'acide lactique, alternant avec des cautérisations galvaniques.

Elle nous quitta le 22 février 1906 extrêmement améliorée, mais non guérie.

OBSERVATION VIII

Lupus de la pituitaire. Lupus nasal consécutif. Adénites cervicales suppurées. Adénite sous mentale suppurée avec transformation lupique de la peau à son niveau. Lymphangite du nez. Habitus scrofuleux.

Mariette R., 19 ans, vient à la consultation à l'hôpital Lariboisière le 6 janvier 1906.

Sa mère est morte d'un cancer hépatique avec ascite. Père vivant, bien portant.

Elle présente des cicatrices cervicales droite et gauche d'adénopathies anciennes suppurées, surtout en arrière de la région sushyoïdienne.

A la région sous-mentale, occupant toute la région, lupus cutané développé sur un adénite de la région, suppurée et ouverte spontanément.

Il y a trois ans elle éprouve une géne de la respiration nasale; elle est vue à ce moment à la consultation de Lariboisière où on diagnostique un polype de la cloison que l'on enlève et dont on cautérise le point d'implantation. *Il s'agissait évidemment d'une tumeur lupique*, comme le prouve la suite de l'observation. *Six mois après, apparition sur le lobule de deux nodules lupiques* diagnostiqués et soignés par le Dr Janselme qui les cautérise et amène ainsi la guérison. C'est vers la même époque que la plaie *de l'adénite sous-mentale devient lupique*. A aucun moment elle n'a accusé de douleur nasale.

Actuellement, le lobule du nez est généralement empâté, un peu rose au niveau de sa pointe ; un petit nodule sur la partie antérieure du bord vestibulaire du lobule à gauche.

Rhinoscopie. — Infiltration mamelonnée caractéristique, non végétante. — *A droite :* la lésion occupe un bon tiers antérieur du cornet inférieur, la partie correspondante de la cloison, mais surtout sa partie vestibulaire où existe une amorce de perforation, et, enfin, la pointe de la cloison près du lobule. — *A gauche :* lésions moins avancées ; elles comprennent à peine le tiers antérieur du cornet inférieur ; la cloison est atteinte seulement tout à fait à sa partie antérieure par des lésions du lobule. Des deux côtés le plancher des fosses nasales avoisinant les cornets est lésé.

Pas d'adénopathie pré-masselérine. — Cavum, pharynx et larynx normaux. — Poumons sains. — Etat général très bon : aspect floride.

N'osant faire de curettage de peur de faire des inoculations lupiques cutanées, nous pratiquons des cautérisations ignées tous les huit jours dans chaque fosse nasale ; véritables raies de feu, parallèles entre elles, sur lesquelles nous en faisons tomber d'autres également parallèles entre elles, mais perpendiculaires aux premières. — Le 15 février 1906, les lésions de la pituitaire sont en bonne voie d'amélioration. — Mais on aperçoit un nodule lupique sur le pilier postérieur du voile au niveau du pôle supérieur de l'amygdale et que l'on cautérise.

Malade perdue de vue.

OBSERVATION IX

Lupus de la pituitaire. Lupus du nez. Lupus de la lèvre supérieure, de la pommette droite et de la pommette gauche. Epiphora droit.

Gabrielle B..., 38 ans, vient à Lariboisière le 24 février 1906. — Elle présente un lupus du nez caractéristique : celui-ci aurait débuté il y a deux ans par deux ou trois nodules de la lèvre supérieure à l'*entrée de la narine droite*, de là les nodules auraient gagné l'aile droite,puis le lobule et enfin la presque totalité du nez.

Or il y a *dix ans est apparu de l'épiphora de l'œil droit en même temps qu'un gêne de la respiration de ce côté.* Nous n'hésitons pas à faire remonter à cette époque l'origine des lésions de la pituitaire que nous constatons actuellement.

Rhinoscopie. — Forte infiltration mammelonnée et sillonnée de la cloison cartilagineuse à droite ainsi que de la tête du cornet inférieur droit et du vestibule au niveau de la jonction de la cloison et de l'aile gauche du nez. Sur l'infiltration de la cloison est une perte de substance de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à bords irréguliers, non décollés, à fond granuleux.

Le squelette est intact, aucune dénudation osseuse.

Fosse nasale gauche, aucune lésion.

Depuis quinze jours sont apparus six nodules à la pommette droite.

Cavum. Larynx. Poumons normaux.

OBSERVATION X

Lupus de la pituitaire. Lupus du nez.

M... garçon de 14 ans et demi vient à notre consultation à la polyclinique du la rue d'Amsterdam le 19 octobre 1906 Il est porteur d'un lupus excedens du nez occupant la moitié du dos de cet organe.

Il y a huit ans, il a été atteint d'un lupus de la pommette droite, soigné d'abord sans résultat par la radiothérapie et excisé ensuite par le Dr Nélaton qui fit une greffe avec la peau de la cuisse. *A cette époque, le malade se plaignait déjà de gêne nasale et avait déjà des lésions de la pituitaire, car. à ce moment, le Dr Nélaton fit, en même temps que l'excision du lupus cutané, un curettage de la pituitaire.*

Rhinoscopie. — Fosse nasale droite. Au niveau de la tête et du tiers antérieur du cornet inférieur droit la muqueuse est transformée en un tissu fongueux, pâle, formé de petits mamelons séparés par de minuscules sillons ulcérés ; saignant un peu au contact du stylet, ne se rétractant pas sous l'influence de la cocaïne. Ces lésions s'étendent en diminuant d'importance jusqu'au tiers postérieur du cornet inférieur. Même lésion sur la partie moyenne du septum cartilagineux. — Ces lésions sont difficiles à constater en raison d'un degré notable d'atrésie de la narine droite, trace d'anciennes lésions vestibulaires aujourd'hui guéries, et peut-être des curetages autrefois pratiqués.

A gauche. — Le cornet inférieur est relié par une synéchie située non loin de sa tête, à une crête de la cloison. Il présente une légère infiltration mamelonnée de la tête. La synéchie témoigne de lésions déjà anciennes. Aucune lésion osseuse.

Le voile du palais, les piliers, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx buccal sont le siège d'un lupus avec infiltration notable. — Le cavum est impossible à voir.

Le larynx est normal.

Adénites sous-maxillaires et carotidienne légère. Le malade ne tousse pas ; les poumons ne présentent aucun signe physique.

Après cocaïnisation, nous faisons immédiatement un curetage du cornet inférieur et de la cloison droite. Les lésions sont d'une mollesse caractéristique, surtout à la partie antérieure du cornet inférieur. — Badigeonnage à l'acide lactique à 30 %.

A gauche, même opération : les lésions sont beaucoup moins étendues en épaisseur et en surface.

Pointes de feu au galvanocautère tous les huit ou quinze jours sur le voile, le pharynx et les amygdales.

Les lésions du cornet et de la cloison sont traitées alternativement par des cautérisations ignées et par des curettages suivis de badigeonnages à l'acide lactique à 50 %.

A partir du 21 décembre 1906, après un curettage des deux cornets inférieurs et de la cloison nous faisons tous les huit jours des pansements avec des mèches de coton imbibées d'une solution d'acide lactique à 75 % que nous laissons en place pendant 25 à 30 minutes. (Nous aurions voulu faire ces pansements beaucoup plus souvent, mais le malade ne pouvait s'y soumettre qu'une fois par semaine.

28 décembre. — La modification est frappante, la muqueuse du cornet gauche paraît guérie. Celle du cornet inférieur droit et de la cloison est, dans la plus grande partie de son étendue, lisse et régulière, sauf à la partie tout à fait antérieure. Nouveau pansement à l'acide lactique à 75 % pendant vingt-cinq minutes.

On s'aperçoit, pour la première fois, que le pharynx laryngé qui était indemne jusque-là présente six grosses infiltrations mamelonnées à gauche. Le repli aryténo-épiglottique gauche présente également trois nodules lupiques tout à fait nets, rouges, qui n'existaient pas aux précédents examens. Pointes de feu.

4 janvier 1907. — Nouvelle application d'acide lactique sur le cornet inférieur et la cloison à droite pendant vingt-cinq minutes. Le cornet gauche ne présente plus de lésion.

Les lésions du dos du nez soignées à Saint-Louis alternativement par le Finsen et les pointes de feu sont très améliorées.

Le 12 mars, il ne persiste plus que quelques minuscules mamelons au niveau de la tête du cornet inférieur droit.

Le voile du palais, le pharynx et le larynx sont très améliorés.

OBSERVATION XI

Lupus de la pituitaire ayant débuté au niveau de la sous-cloison. Destruction d'une grande partie de la cloison cartilagineuse et des deux ailes du nez. Aspect en tête de mort. Lupus des deux joues. Epiphora bilatéral.

Marie R., 46 ans. Le lupus du nez a débuté par la partie toute antérieure du lobule du nez. *Mais un an avant l'apparition du lupus du lobule, elle présentait au niveau de la sous-cloison dans le vestibule des croûtes sanguinolentes.* C'est après le lupus cutané du lobule qu'est apparu le lupus des joues : de la joue droite d'abord, de la joue gauche ensuite.

Actuellement, les ailes du nez ainsi que le lobule ont complètement disparu ; la cloison cartilagineuse apparaît verticale entre les parois externes des narines mutilées : c'est l'aspect en tête de mort.

L'entrée de ces fosses nasales est pourtant très atrésiée par suite de processus cicatriciels qui ont amené la guérison. Pas de lésion de la pituitaire actuellement. Cavum, larynx et poumons normaux.

OBSERVATION XII

Lupus de la pituitaire. Lupus du nez consécutif. Lésions de l'oreille moyenne.

Louise B., 21 ans, vient à la consultation, le 16 décembre 1906, pour gène nasale caractérisée par de l'obstruction et l'émission de croûtes sanguinolentes.

C'est à l'âge de 16 ans qu'est apparu le lupus du nez sous forme de cinq nodules qui firent leur apparition au lobule et s'étendirent de là à l'aile droite. Mais, après avoir mouché abondamment depuis l'âge de 10 ans, elle spécifie *que, de 13 à 15 ans, sont apparues, avant le lupus cutané, des croûtes adhérentes et sanguino-*

lentes, sur le pourtour de la narine, à l'entrée des fosses nasales.

Actuellement, le lupus du nez est cicatrisé, l'aile droite est en partie détruite.

Rhinoscopie. — Le cornet inférieur gauche pas très volumineux, comme atrophié, est mamelonné et ragadé dans toute son étendue. Le cornet moyen présente également des sillons exulcérés. La cloison, sur presque toute son étendue, présente des petites masses infiltrées, pâles, composées de tout petits points blancs séparés par des sillons exulcérés; en outre : mamelons plus petits disséminés sur toute la cloison; à la partie moyenne du septum cartilagineux une des petites masses vient au contact d'un mamelon du cornet inférieur.

A droite. — La tête du cornet inférieur paraît aussi lésée : mais les lésions sont difficiles à voir en raison d'une atrésie notable de la narine et d'une déviation de la cloison de ce côté. Pas de lésion osseuse.

Les deux oreilles suppurent. La gauche a été atteinte d'une otite moyenne aiguë survenue, semble-t-il, à la suite d'un effort fait pour expulser des croûtes en se mouchant. Il en résulta une mastoïdite pour laquelle je pratiquai la trépanation mastoïdienne il y a cinq ans.

Les deux oreilles d'ailleurs suppurent et présentent des lésions identiques. Destruction de toute la membrane tympanique à l'exception de Schrappnell ; la muqueuse est rose, infiltrée. Sécrétion peu abondante.

Cavum. — Quelques mamelons sur la face supérieure du voile avec croûtes dans le cavum. Les sinus de la face s'éclairent bien. Pharynx, larynx et poumons normaux. Après curettage des lésions sous cocaïne, je fais, trois fois par semaine, des pansements à l'acide lactique à 75 °/₀ laissés en place pendant une demi-heure. Le 11 février 1907, les lésions paraissent guéries. Cornets et cloisons sont lisses et sans croûtes.

OBSERVATION XIII

Lupus de la pituitaire à marche rapide. Lupus nasal et lupus sous-mental consécutifs.

Alphonsine L., 19 ans, est vue par nous à la consultation de Lariboisière le 5 janvier 1907.

Elle est atteinte d'un lupus du nez qui occupe le lobule, les ailes et les deux tiers inférieurs du dos du nez. C'est un lupus excedens à nodules très saillants et confluents. On peut voir, sans le secours du spéculum, que toute la partie vestibulaire du septum a été détruite. Le lobule n'est plus rattaché au bord inférieur de l'orifice piriforme que par un mince lambeau de sous-cloison cutanée, lui-même infiltré de lupus et prêt à se détacher.

Le début remonte à quatre ans : il y avait à ce moment une tuméfaction dans la fosse nasale droite à une faible distance de l'orifice nasal et qui invitait la malade à se gratter souvent. Il y a dix-huit mois, les parties superficielles ont été atteintes ; et, à la même époque, apparut une adénite sous-mentale suppurée actuellement lupique.

Pas d'adénite sous-maxillaire, génienne ou pré-massétérine.

Rhinoscopie. — Destruction extrêmement étendue du septum, comprenant tout le septum cartilagineux formant une perforation plus grande qu'une pièce de 2 francs : en avant, elle est bordée par la sous-cloison cutanée, elle-même lupique ; en bas, par le plancher de la fosse nasale.

Les cornets inférieurs sont considérablement atrophiés, à tel point qu'on croirait tout d'abord à de la rhinite atrophique. Mais ces cornets, pâles, sont recouverts, sur la plus grande partie de leur étendue, de mamelons roses pâles, de la dimension de deux têtes d'épingle, et séparés les uns des autres par des sillons, les uns exulcérés, les autres cicatriciels.

A la partie toute antérieure du plancher de la fosse nasale gauche est une éminence du volume d'une noisette, rose pâle, bleuâtre, très finement mamelonnée, d'aspect tout à fait framboesoïde, molle et collée sessilement sur le plancher.

A la région sous-mentale médiane, deux plaques érythémateuses avec nodules lupiques ayant succédé à une adénite suppurée, comme nous l'avons dit.

En somme, lupus qui a présenté une marche relativement rapide, sans qu'on puisse parler pourtant de lupus vorax.

Pharynx et larynx normaux. Poumons sains.

Oreille. — Diminution de l'audition sans lésion suppurative ni modification du tympan.

Sinus maxillaire et frontal s'éclairent bien.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A 16 ans, pleurésie ; à 17 ans, éruption furonculeuse aux membres inférieurs,dans l'oreille,au menton.

Le 15 janvier, après badigeonnage à la cocaïne, nous faisons le curettage de la grosse masse mammelonnée. Une partie de cette masse est certainement fibreuse, car, à côté de parties présentant la mollesse du lupus, d'autres sont manifestement plus dures, et résistent à l'action de la curette. Pansement avec des mèches imbibées d'acide lactique à 75 °/₀ qu'on laisse à demeure une demi-heure.

Le 25 janvier, curettage des cornets inférieurs suivi du même pansement.

Trois fois par semaine, nous renouvelons le même pansement à l'acide lactique laissé à demeure pendant trente minutes.

Le résultat est excellent et rapide.

Le 15 février 1907, c'est-à-dire un mois après le début du traitement, la muqueuse du plancher et des deux cornets est lisse et paraît guérie.

Le 9 mars, le lambeau de la sous-cloison s'est détruit et le lobule s'est affaissé.

Le 15 mars 1907, la guérison s'est maintenue, sauf sur le bord postérieur de la perforation où quelques granulations sont réapparues. Nouveau pansement à l'acide lactique.

OBSERVATION XIV

Lupus de la pituitaire infecté. Lupus nasal.

Madeleine M., 14 ans, vient à la consultation le 10 janvier 1907. Elle présente un lupus du lobule, de la sous-cloison qui est détruite, et des ailes du nez détruites aussi en grande partie. *Le lupus cutané serait apparu seulement il y a six mois, mais la lésion avait commencé il y a un an par « l'intérieur du nez » où elle voyait de « petites boules ».*

Rhinoscopie. — Sur la cloison cartilagineuse, le cornet inférieur dans sa moitié antérieure, le plancher nasal surtout du côté gauche, existe une infiltration mamelonnée à tendance végétante.

Mais ces lésions de la pituitaire, comme les lésions nasales d'ailleurs, sont manifestement infectées. Au nez, les nodules sont turgescents, la lymphangite qui les entoure est considérable, très rouge ; le nez est très douloureux au contact.

Même inflammation des lésions de la pituitaire qui sont rouges, très sensibles au toucher ; il y a une sécrétion très abondante de mucus qui donne aux lésions un aspect vernissé.

Nous nous contentons pendant dix jours de faire des lavages du nez à l'eau bouillie, et d'introduire dans les fosses nasales une pommade dermatolée.

Les lésions ayant à peu près perdu leur caractère inflammatoire : nous fîmes sous cocaïne un curettage des lésions, suivi de pansements à l'acide lactique 75 $^0/_0$ pendant une demi-heure, répétés trois fois par semaine.

Le 9 mars 1907, l'état de la fosse nasale est méconnaissable : la cloison est lisse sans mamelon ; le cornet inférieur et le plancher à droite sont lisses également et guéris ; à gauche, il existe encore de minuscules lésions.

Les poumons, auscultés à plusieurs reprises, se sont toujours révélés sains. L'éclairage des cavités de la face n'a rien révélé d'anormal.

OBSERVATION XV

Lupus de la pituitaire. Lupus du nez. Gomme tuberculeuse de la pommette ; adénite sous-maxillaire suppurée ayant provoqué l'apparition d'un lupus de la région. Adénites sous-mentales. Adénite suppurée pré-massétérine.

Louise J., 30 ans, vient à la consultation le 12 février 1907. Elle présente un lupus du lobule du nez. Il existe une forte infiltration rouge sur laquelle (à sa partie supérieure) se dégagent sept ou huit nodules extrêmement saillants.

Elle déclare que le lupus est apparu il y a trois mois seulement, et que c'est à la même époque que seraient apparues la gêne nasale et les croûtes de la fosse nasale droite.

Le lupus du nez a commencé par un petit nodule au-dessus de l'aile droite, au niveau du bord droit de l'orifice pyriforme. De là, rapidement, le lupus aurait gagné le lobule du nez. Toute la partie latérale droite du nez présente une infiltration sans modification de couleur de la peau. En bas, la lésion gagne la sous-cloison et la partie de la lèvre supérieure en contact avec la narine droite.

Quoique la malade (d'ailleurs peu intelligente) indique la même époque d'apparition pour le lupus cutané et celui de la pituitaire, nous ne la croyons pas pour les raisons suivantes :

D'abord les lésions de la pituitaire sont beaucoup trop étendues pour remonter seulement à trois mois.

En outre, bien avant l'apparition du lupus du nez, toute la chaîne lymphatique accompagnant la faciale a été infectée, témoignant de lésions déjà existantes au niveau de l'extrémité antérieure de la fosse nasale. C'est ainsi qu'il y a trois ans elle a présenté de l'adénopathie sous-maxillaire droite opérée chirurgicalement, et une adénopathie sous-mentale qui a suppuré. Enfin, en avril 1906 est apparue, au niveau du ganglion pré-massétérin droit, une tuméfaction nodulaire rosée qui a suppuré, laissant à sa place une cicatrice, non gauffrée, de la dimension de deux pièces de 0 fr. 50 accolées.

Actuellement l'ancienne cicatrice sous-maxillaire droite est lupique. Mais, en outre, on constate, sur une ligne unissant le sillon naso-génien à l'insertion maxillaire du masséter et un peu plus près du masséter que du sillon, un nodule inflammatoire encastré dans la peau, de la dimension d'un petit pois, saillant, entouré d'une petite zone inflammatoire. Ce nodule placé sur le territoire lymphatique de la faciale droite serait apparu depuis trois ou quatre jours seulement.

Rhinoscopie. — Le maximum des lésions est à droite sur la cloison cartilagineuse qui, à sa partie antérieure, présente un épaississement mamelonné ayant l'étendue d'une pièce de un franc, dépassant de plusieurs millimètres le niveau de la pituitaire saine. Les mamelons, de la dimension d'une tête d'épingle, et séparés par des sillons filiformes, se réunissent par place pour former de petites grappes granuleuses, que des dépressions mamelonnées séparent de grappes analogues ; l'ensemble représentait bien l'aspect des cartes de géographie en relief auxquelles nous les avons déjà comparés. La lésion est rose pâle et vient en contact avec des lésions analogues et très prononcées du cornet inférieur droit. En raison de cette particularité, il est impossible d'apercevoir le cornet

moyen. A gauche, lésions très minimes du cornet inférieur. Aucune lésion osseuse.

Cavum, larynx : aucune lésion. Les sinus frontal et maxillaire s'éclairent bien.

La malade tousse ; elle est sujette aux bronchites ; l'auscultation semble indiquer une légère induration du sommet droit.

Le 20 février 1907, curettage de la face droite du septum cartilagineux après cocaïnisation. Malheureusement, la malade est très pusillanime, et je ne puis faire qu'une cautérisation tout à fait insuffisante. Pansement à l'acide lactique 75 °/₀ pendant 25 minutes.

Le 1er mars 1907 : nouvel essai de curettage du cornet inférieur droit après cocaïnisation. Mais nous ne pouvons le mener à bien par suite de l'indocilité de la malade.

Le 6, la gaine jugale a été incisée par le Dr Balzer à Saint-Louis.

Le 9, on peut voir que le cornet moyen n'est pas intact. Nouvel essai infructueux de curettage. On se décide à faire le curetage sous chloroforme.

OBSERVATION XVI

Lupus primitif de la pituitaire. Epiphora.

Mme X., 52 ans, vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière le 5 février 1907 pour une gêne nasale principalement de la fosse nasale gauche, et caractérisée par la production assez abondante de croûtes.

Elle accuse un larmoiement qui remonte à sept ou huit années.

Le début des troubles du nez remonteraient à cinq ou six ans ; et elle aurait déjà subi un curettage de la fosse nasale il y a trois ans à la consultation de l'hôpital Lariboisière (fosse nasale droite).

Actuellement : lésions bilatérales du septum cartilagineux.

A gauche, on trouve une ulcération arrondie, un peu plus grande qu'une pièce de 0 fr. 50, plane, et reposant sur une infiltration dont le niveau dépasse de plusieurs millimètres celui de la pituitaire saine environnante. Le fond de l'ulcération (ou plutôt de l'exulcération) est pâle, dépoli. Quant à l'infiltration, c'est l'infiltration mamelonnée déjà plusieurs fois décrite dans les observations précédentes. Tout à fait à la partie antérieure de l'infiltration, il existe de petits bourgeons charnus, séparés par des sillons

profonds franchement ulcérés et qui font craindre une perforation prochaine.

A droite, les lésions du septum revêtent la forme hypertrophique ; il y a là, en effet, une infiltration granuleuse du volume d'une noisette, formant une saillie qui approche de très près le cornet inférieur situé en face.

Pharynx, amygdales et voile : pas de lésion. Larynx et poumons sains.

Les sinus s'éclairent bien.

Aucune manifestation lupique cutanée. On sent à la palpation un petit ganglion pré-massétérin dur, du volume d'un petit pois, mobile sous le doigt.

Inoculation d'un fragment de tissu de la pituitaire à un cobaye. Il se développe un chancre au point d'inoculation avec adénites inguinales caséeuses.

Tuberculose nasale

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
Cartaz Observ. I *France médicale*, 1887.		Tuberculose pulmonaire, dernière période.	Ulcération surtout narinale à bords décollés; périphérie infiltrée parsemée de granulations miliaires.	Pas d'examen bactériologique.		Mort le lendemain de l'examen.		Il s'agit d'une ulcération granulique terminale chez un phtisique.
Besnier In Mémoire de Cartaz.	Femme 33 ans.	Tuberculose pulmonaire.	Ulcération narinale.	Pas d'examen bactériologique.				Il s'agit d'une ulcération granulique chez un tuberculeux.
Weichselbaum In Mémoire de Cartaz.	Homme 25 ans.	Tuberculose pulmonaire.	Ulcération dimension d'une lentille sur le côté droit de la cloison.	Id.	Foyer tuberculeux dans l'intestin, le foie, la rate, les reins.			Id.
Laveran In Cartaz.	Homme 43 ans.	Tuberculose pulmonaire avancée.	Ulcération narinale et partie inférieure de la cloison.	Id.		Mort 6 semaines après l'examen.		Id.
Laveran In Cartaz.	Homme.	Id.	Ulcération narinale	Id.		Mort 4 mois après l'examen.		Id.

RIEHL In Cartaz.	Homme.	Id.	Ulcération narinale.	Id.	Ulcération du rebord alvéolaire de machoire inférieure. Plus tard apparition d'ulcération à la lèvre supérieure.	Mort rapide.		Id.
SOKOLOWSKI In Cartaz.	Femme 20 ans.		Ulcération douloureuse de la narine gauche s'étendant sur la lèvre supérieure et d'autre part sur le plancher de la fosse nasale et la base de la cloison	Bacilles dans les sécrétions muqueuses.		Mort.		Id.
WEICHSELBAUM In Cartaz.	Femme 62 ans.	Tuberculose pulmonaire.	« Dans la fosse nasale plusieurs granulations molles gris-jaunâtre du volume d'un grain de chénevis prêtes à s'ulcérer. »	Examen microscopique montre la nature tuberculeuse de l'affection.	Lésions tuberculeuses du foie, de la rate, des reins			Il s'agit d'une éruption granulique terminale de la pituitaire.
RIEDEL In Cartaz.	Femme 55 ans.	Pas de lésion pulmonaire.	Gonflement toujours plus intense de la cloison aboutissant à la perforation.	Biopsie : glandes les unes atrophiées les autres dilatées avec du tubercule partout disséminé.	Aucune : excellent état général.	Débuts 18 mois avant le 1er examen.		Il s'agit de lupus trèsprobablement.
Id In Cartaz.	Homme 63 ans.	Pas de lésion pulmonaire.	Tumeur saillante dans la narine gauche ; destruction de l'aile du nez du même côté Epaississement bilatéral de la cloison ; ulcération de la cloison à droite.	Tissu de granulation avec cellules géantes rares	Nez très augmenté de volume dans son ensemble.	La lésion avait débuté 27 ans auparavant.		Lupus certain.

TORNWALDT In Cartaz.	Homme 21 ans.	Lésions laryngo-pulmonaires.	Hyperplasie muriforme des cornets moyens et inférieurs A la partie antérieure du cornet inférieur, tumeur du volume d'un pois à surface pâle et bosselée. Sur le plancher autre petite tumeur. Sur la cloison est un semis granuleux semblable à la tumeur. Pas d'ulcération. Se plaint surtout d'écoulement nasal.	Examen histologique « démontre la nature tuberculeuse ».	Ulcération plate de la muqueuse du cavum. A la surface du voile « petites saillies granuleuses. » Moitié gauche de la face postérieure du voile un peu œdématiée.	Avait depuis son enfance des écoulements muqueux et purulents.		Il est possible qu'on se trouve en présence de lésions lupiques du cornet et de la cloison qui auraient débuté dans l'enfance et seraient passé inaperçues. Puis secondairement : lésions pulmonaires et infection du larynx et du cavum.
SCHÆFFER In Cartaz.	Femme 51 ans.	Pas de lésion pulmonaire.	A déjà eu des polypes (?) du nez. Fosses nasales obstruées par des tumeurs dont une partie prend naissance sur la cloison, une autre sur la muqueuse des cornets. Les tumeurs des cornets seraient des polypes. La tumeur de la cloison est considérée comme un granulôme et enlevée à la curette. Trois mois après récidive Puis production d'une perforation du septum cartilagineux.	Pas d'examen microscopique.	Pas de manifestation lupique cutanée.		Otorrhée.	Il s'agit de lupus pituitaire.

Id.		Pas de lésion pulmonaire.	Tumeur implantée sur la cloison cartilagineuse.		Pas de manifestation lupique cutanée.			Observation extrêmement courte. Ne donnant aucun détail sur l'aspect de la pituitaire en dehors de la tumeur.
Id.		Id.	Id.		Id.			Id.
Id.		Id.	Id.		Id.			Id.
Id.		Id.	Id.		Id.			Id.
Id.	.	Id.	Id.		Id.			Id.
VERNEUIL In Thèse de Raulin. Lupus primitif de la muqueuse nasale. Paris 1889.	Femme 23 ans.		Tumeur bilatérale de la cloison ayant simulé un épithelioma à marche rapide.		Apparition ultérieure d'une écrouelle à la joue gauche.			Il s'agit de lupus.
BRESGEN In Thèse de Raulin	Femme 38 ans.		Tumeur du côté gauche de la cloison nasale. Perforation de la cloison cartilagineuse.		Apparition de lupus du lobule un an après le premier examen, sous forme de petites taches rouges qui disparurent pour revenir ensuite avec les caractères des tubercules lupiques.	La malade avait senti la tumeur 6 mois avant l'examen. Rhinite chronique depuis 7 ans.		Lupus.

JUFFINGER In Thèse de Raulin.	Homme 21 ans.		Tumeur de la cloison.	Bacilles dans les préparations.	Nodules lupiques du nez, consécutivement et la joue.			Lupus.
SCHMIEGELOW Tumeurs malignes primitives du nez *Rev. hebdomadaire*, 1885 p. 488.	Homme 28 ans.		Tumeur implantée sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur.	« Nombreux modules caractéristiques du tissu lupeux ».	Transformation lupique de la partie du cornet avoisinant la tumeur. Lupus de la face.			Lupus.
SCHMIEGELOW id.	Femme 35 ans.		Tumeur implantée sur le cornet, moyen pédiculée. Fosse nasale droite. Perforation de la cloison cartilagineuse avec bords granuleux. Douleur à la pression sur les ailes du nez.			Début de l'obstruction nasale à l'âge de 16 ans.		Lupus.
RUAULT In Thèse Boutard : Tuberculose nasale. Paris, 1889.	Homme	Tuberculose pulmonaire.	Ulcération de la partie inférieure et tout à fait antérieure de la cloison cartilagineuse. Bords décollés. Semis de granulations miliaires périphériques. « L'ensemble avait tout à fait l'aspect classique des ulcérations de la langue. »	Les produits de raclage montrèrent l'existence de bacilles tuberculeux en grand nombre.				Ulcération granulique secondaire de la cloison et du vestibule.

Luc In Thèse de Boutard.	Homme.	Rudesse respiratoire du sommet gauche.	Sur le cornet inférieur droit énormément et inégalement tuméfié, ulcération allongée entourée d'une collerette de points blancs.	Examen du produit de grattage du cornet montre que la lésion est tuberculeuse.	Petite ulcération avec collerette de points blancs, derrière le pilier postérieur gauche. Testicule tuberculeux.	Perdue de vue.		Ulcération granulique secondaire du cornet inférieur.
Moure id.	Homme 39 ans.	Craquements secs aux deux sommets. Lésions s'accentuant rapidement.	Ulcération sur le côté droit de la cloison cartilagineuse et en son milieu, d'un gris blanchâtre assez superficielle, avec un semis de granulations fines analogues à la semoule. Elle a les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Ses bords se confondent insensiblement avec les tissus sains.		Ulcération de la loge amygdalienne, la base de la langue et contournant l'épiglotte.	Ulcération gagne en profondeur sans, cependant, perforer le cartilage. Malade meurt bientôt de granulie généralisée.		Ulcération granulique secondaire du septum.
Moure id.	Homme 29 ans.	Lésions bacillaires du poumon aboutissant rapidement à la formation de cavernes.	Ulcération à droite de la cloison cartilagineuse, dimension d'une pièce de un franc à bords décollés avec semis de granulations miliaires périphériques. Deuxième ulcération sur le même côté de la cloison et dans son tiers postérieur avec intervalle de muquense saine entre les deux ulcérations.			Ulcération antérieure parut se cicatriser. Cependant l'état général devint très mauvais avec l'apparition de signes de cavernes pulmonaires.		Double ulcération granulique du septum.

RUAULT id.	Femme 25 ans.	Auscultation du poumon toujours négative.	Tumeur gris rougeâtre de la cloison cartilagineuse du volume d'un pois. Même tumeur sur le plancher de la fosse nasale, on enlève les deux à la curette; et elles n'ont jamais récidivé. Mais il persiste un état granuleux du plancher qui fait croire à une guérison apparente seulement.	Nombreux follicules tuberculeux. On ne parle pas de bacille (première tumeur). Mais dans la seconde, l'examen fait par Gaubault révéla en un point seulement une cellule géante dont l'aspect même lui parait douteux.		Début deux ans avant par obstruction nasale qui devint totale en quelques mois. Dix mois après le début on lui enlève une tumeur nasale qui récidive au bout de 9 mois.		Lupus.
RUAULT id.	Femme 40 ans.	Pas d'indication sur l'état pulmonaire au début. Quinze mois après que la malade fut confiée à Ruault les poumons donnèrent des signes de tuberculose. Mort quelques mois après.	Ulcération grisâtre à bords déchiquetés occupant le tiers antérieur du plancher des deux côtés. Plus trace de cloison cartilagineuse sauf en haut. Cornet carié dans sa partie antérieure.	Examen confié par Verneuil à Nepveu montre qu'il s'agit de tuberculose.	« Il existait à l'entrée de la narine droite, sur la peau, de petits nodules lupiques. »	Malade soignée pendant 2 ans et demi par Verneuil qui avait constaté une tumeur de la cloison cartilagineuse et du plancher à droite. Ablation. Pas de récidive, mais perforation de la cloison. Séances hebdomadaires de thermocautère.		Tumeur lupique

HAJECK id.	Femme 24 ans.		Abcès à la limite de la portion cartilagineuse et osseuse du septum. Quelques granulations à la périphérie de l'abcès.	Bacilles tuberculeux dans les granulations.	L'auteur déclare qu'il n'y avait pas trace de lupus.			Abcès de la cloison.
HAHN Ueber tuberculose der Nasenschleimhaut. *Deust. m. Woch.*, 1890. N° 23. 495. Observ. I.	Homme 40 ans.	Pas d'indication de lésions pulmonaires.	Tumeur fosse nasale gauche, grosseur d'une noix. Perforation de la cloison.		Coïncidence de lupus du lobule.	Le lupus du lobule est apparu avant la sécheresse nasale qui provoqua l'examen de la pituitaire. Curettage : guérison.		Il s'agit de lupus de la pituitaire.
Id. Observ. II.	Femme 55 ans.	Id.	Tumeur de la fosse nasale gauche; de la grosseur d'une noix et rouge. Perforation de la cloison qui porte « aussi » des granulations.			Ablation de la tumeur et curettage des granulations. Pas de récidive 3 mois après.		Lupus de la pituitaire.
HAHN id. Observ. III.	Femme 22 ans.	Poumons sains.	Orifice nasal complètement obstrué par des végétations formant de petites tumeurs quelquefois pédiculées fixées sur la cloison. Violacées, ulcérées par place, recouvertes de pus atteignant(pour quelques-unes le volume d'un pois. Saignant facilement. Pas de perforation de la cloison.			Sort guérie 16 jours après le traitement qui consiste en curettage et application de pommade à l'acide pyrogallique. Revue 5 mois après en bon état.		Ces végétations sont à rapprocher des lésions analogues que nous avons constatées chez certains de nos lupiques cutanés

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
Id. Observ. IV.	J. fille 17 ans.	Poumons sains.	Muqueuse nasale considérablement hyperplasiée. Sur le septum à droite, comme aussi sur la paroi externe correspondante de la fosse nasale, et l'aile du nez il y avait des granulations, lisses, rougeâtres. Les orifices des narines sont pleines de croûtes.	Examen des granulations : infiltration de cellules rondes avec éléments épithélioïdes à l'intérieur. Pas de cellules géantes ni de bacilles.	L'affection aurait débuté par une éruption (?) au visage. Aspect scrofuleux. Rougeur du nez et de la lèvre supérieure avec légère infiltration sans nodule et qualifiée eczéma chronique. A la commissure labiale droite Rhagades avec croutes atteignant l'orifice nasal.	Curettage et cautérisation des granulations. Guérison 22 jours après. Pas de récidive.		La rougeur du nez n'était-elle pas la lymphagite qu'on voit précéder souvent les nodules lupiques. Quelle était la nature de l'éruption de la joue? Lupus probable de la pituitaire.
Id. Observ. V.	J. fille 19 ans.	Pas de lésion.	Hyperplasie très marquée de la muqueuse nasale avec granulations à la partie supérieure du septum.	Examen des granulations : foyers d'infiltration de cellules rondes avec des éléments épithélioïdes, nombreuses cellules géantes et peu de bacilles tuberculeux.	Blépharite ulcéreuse, kératite superficielle. Même aspect de la lèvre que dans l'observation précédente. Nez légèrement rouge.	Curettage et cautérisation. Sort guérie au bout d'un mois		Lupus de la pituitaire.

Id. Observ. VI.	J. fille 17 ans.	Légère matité du sommet gauche, à l'expiration quelques râles isolés.	Sur la cloison : granulations, les unes lisses, les autres ulcérées ; recouvertes de muco-pus. Perforation de la cloison cartilagineuse.		Apparition d'un nodule sur le lobule du nez.	Curettage. Sort guérie au bout d'un mois.		Une sœur atteinte de lupus du nez. Lupus pituitaire.
MICHELSON Ueber tuberculose der Nasen und Mundschleimhaut. *Ztschr. f. Klin Med.* Berlin 1890, XVII Observ. I.	Homme 21 ans.	Cavernes aux deux sommets.	Ulcération sur la partie antérieure de l'orifice narinal gauche et sur le segment antérieur de la cloison cartilagineuse. Bords taillés à pic et légèrement infiltrés. Recouverte d'une mince sécrétion jaunâtre contenant de nombreux bacilles tuberculeux. Perte de substance de 2 à 3 millimètres sur le bord latéral de la narine gauche.	Amas sous-épithélial de cellules lymphoïdes ; et quelques cellules épithélioïdes. Cellules géantes seulement dans quelques préparations. Les bacilles abondent dans le tissu de granulation.		Mort 15 jours après l'examen.		Ulcération granulique de la narine et de la base du septum.
Id. Observ. II.	Femme 27 ans.	Pas de lésion.	Cicatrice sur le milieu de la partie inférieure de l'aile droite du nez. Infiltration de la cloison cartilagineuse des deux côtés avec, à droite une petite ulcération à fond granuleux. Curettage. Ultérieurement production d'une perforation du septum cartilagineux.	Eléments lymphoïdes et épithélioïdes avec cellules géantes centrales de Langhans. Sur plus de 50 coupes on ne trouve pas un bacille tuberculeux.		Récidive un mois après le 1er curettage sous forme de masses granuleuses. Nouvelles récidives qui augmentent l'étendue de la perforation.		Lupus de la pituitaire.

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
Michelson Observ. III.	Femme 48 ans.	Pas de lésion.	Tumeur à la partie antéro-supérieure de la cloison cartilagineuse, de la dimension d'une fève et d'une couleur rouge intense. Saigne facilement au contact. Pas de modification pathologique des autres parties de la pituitaire.	Tissu de granulation avec des cellules épithélioïdes et des cellules géantes typiques. Pas de bacille sur dix coupes examinées.	Rougeur de la partie externe de la narine gauche.	Ablation de la tumeur : le cartilage à point d'implantation de la tumeur. Pas de récidive six mois après.	Mari mort un an avant de tuberculose pulmonaire.	
Id. Observ. IV.	J. fille 19 ans.	Matité et diminution du murmure vésiculaire à l'inspiration, sommet droit.	Tumeur insérée sur le cornet inférieur gauche vers sa partie postérieure. Tumeur dimension d'un grain de café molle, finement granuleuse, rouge. Le cornet inférieur droit est ulcéré et recouvert de croutes.	Tissu de granulation riche en vaisseaux sans cellules géantes ni bacille tuberculeux.	Tissu cicatriciel de l'orifice bucco pharyngé. Altération cicatricielle du bord libre de la luette.	Le début remonte à plusieurs années pendant lesquel les elle souffre d'obstruction nasale et d'écoulement purulent.		La présence de cicatrices de la luette et de l'orifice bucco - pharyngé nous fait penser qu'il s'agit de lupus.
Id. Observ. V	J. homme 18 ans.	Pas de lésion pulmonaire.	Croutes dans tout le vestibule de la narine droite. Ulcération non décrite de la cloison et de la tête du cornet inférieur. Ultérieurement production d'une perforation du septum cartilagineux. Aspect néoplasique de la région.	L'examen microscopique de produits du raclage montre qu'il s'agit de lésions tuberculeuses.	Rougeur et gonflement de la pointe du nez, de l'aile droite qui est recouverte de croutes. Gonflement de la lèvre supérieure.	Début 2 ans avant l'examen par une fissure de l'orifice nasal droit. Six mois avant : adénite sous-mentale.		Cette observation rappelle la forme de lupus que nous avons décrite sous le nom de lupus à forme d'impetigo vestibulaire. La rougeur et le gonflement du nez, la perforation de la cloison nous font considérer les lésions comme lupiques.

WROBLEWSKI Gazeta Lekarska, 1893. N° 19 et Thèse Silberstein Observ. I et II.		Pas de lésion pulmonaire dans le 1er cas; pas d'indication pour le second.	Dans le 1er cas : Jeune homme de 20 ans dont l'affection avait débuté 6 ans auparavant. En l'espace de trois ans trois récidives. Les granulations renfermaient cellules géantes et bacilles.			Le second cas est celui d'une femme de 41 ans atteinte de carie tuberculeuse du cornet inférieur droit.		Observations peu utilisables à cause de leur brièveté.
CHIARI Ueber tuberculose der Nasenschleimhaut. *Arch. f. laryngol.* Berlin 1294. I. 121. Observ. I.	J. homme 16 ans.	Pas de lésion pulmonaire.	Tumeur de la cloison cartilagineuse avec granulations ulcérées.	Infiltration de cellules rondes et épithélioïdes. Bacilles très rares.				
Id. Observ. II.	Fille 9 ans.	Poumons sains.	Petite tumeur, cloison cartilagineuse à droite. Jaunâtre. Epaississement des deux cornets inférieur et moyen.	Cellules épithélioïdes et cellules géantes. Aucun bacille dans une trentaine de coupes.		Au bout de un an, récidive sous forme de granulation des deux côtés de la cloison. Puis récidives fréquentes amenant une perforation de la cloison.		Lupus certain.
Id. Observ. III.	Homme 42 ans.	Poumons sains.	Des deux côtés de la cloison cartilagineuse : grandes pertes de substance circonscrites par des granulations.	Id. Bacilles rares.		Pas revue depuis l'examen.		Observation très courte peu utilisable.

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
Chiari Observ. IV.	Fillette 12 ans.	Poumons intacts.	Tumeur irrégulière jaune pâle ; pédicule grêle sur la cloison cartilagineuse à gauche. Curettage. Galvanocautère et acide lactique.	Id. Bacilles en nombre modéré.		L'enfant est suivie pendant 15 mois. Des granulations de la pituitaire récidivent à plusieurs reprises.		Lupus probable.
Id. Observ. V.	Homme 29 ans.	Poumons intacts. Cependant a eu une hémoptysie il y a quelques années.	Tumeur dans le tiers postérieur de la cloison ; jaunâtre dimension d'une noisette.	Nombreux bacilles.		Tumeur découverte par hasard : malade venu pour obstruction tubaire. Plus tard tuberculose miliaire et mort en quelques semaines.		
Id. Observ. VI.	Homme 40 ans.	Poumons sains.	Deux tumeurs (une dans chaque fosse nasale) insérées sur la cloison. Perforation cartilagineuse de 1 centimètre et demi de diamètre, à bords couverts de granulations.	Examen : tuberculose chronique. Pas un seul bacille sur plus de 40 coupes.				Lupus.
Koschier Ueber nasentuberculose. *Vien. Klin. Woch*, 1895 Observ. I.	Femme 35 ans.	Infiltration étendue du poumon. Nombreux bacilles dans les crachats.	Infiltration étendue de la moitié antérieure de la cloison, du plancher et du cornet inférieur avec deux pertes de substances : une sur la cloison ; l'autre sur la tête du cornet inférieur.	Tubercules nombreux, cellules géantes ; caséification partielle. Très nombreux bacilles.				Ulcération granulique secondaire.

KOSCHIER Id. Observ. II.	Homme 36 ans.	Infiltration des sommets, bacilles dans les crachats.	Infiltration de la partie inférieure de la cloison et du plancher narine droite. Ulcération de cette infiltration.	Abondante production de tubercules avec caséification partielle. Nombreuses cellules géantes.	Laryngite infiltro-ulcéreuse.	Cicatrisation partielle de l'ulcération mais qui ne dure pas.		Ulcération granulique secondaire.
Id. Observ. III.	Homme 38 ans.	Phtysie. Nombreux bacilles dans les crachats.	Infiltration en partie sur le plancher, en partie sur la partie attenante de la cloison. Ulcération de l'infiltration.	Nombreuses cellules géantes. Nombreux bacilles. Caésification par place.				Ulcération granulique secondaire.
Id. Observ. IV.	Femme 48 ans.	Légère infiltration des deux sommets. Bacilles dans les crachats.	Tumeur dans chaque fosse nasale du volume d'une demi-noix, à surface pâle. Perforation du septum cartilagineux.			Ablation de tumeurs. Au bout de peu de temps, guérison complète locale et disparition des symptômes pulmonaires.		Lupus.
Id. Observ. V.	Garçon 7 ans	Rien aux poumons. Pas de bacilles dans les crachats.	Tumeur rougeâtre de la fosse nasale gauche implantée sur la cloison cartilagineuse. Lisse, mais quelques ulcérations superficielles. Apparition ultérieure d'une perforation du septum cartilagineux.		Nodules lupiques entassés sur les ailes du nez.	« 5 mois plus tard apparition sur chaque aile du nez de nodules lupiques typiques. » 7 mois après nouvelle récidive.		Lupus indubitable.

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
Id. Observ. VI.	Femme 53 ans	Pas de lésion. Pas de bacille.	Déjà opérée autrefois pour obstruction nasale. Infiltration de cloison plancher et tête du cornet inférieur. La partie infiltrée présente des granulations et est exulcérée par place. Consistance molle.			Récidive. Guérison au bout de six mois.		Lupus très probable.
Id. Observ. VII.	Femme 50 ans.	Infiltration étendue des 2 poumons.	Double tumeur obstruant chaque fosse nasale. Perforation de la cloison cartilagineuse. Une des tumeurs présente une perte de substance dont les bords semblent renfermer des nodules.			Obstruction nasale depuis un an.		Lupus pituitaire.
Id. Observ. VIII.	Femme 25 ans.	Pas de lésion pulmonaire. Pas de bacille, quoiqu'il y ait un peu de rudesse respiratoire au sommet gauche.	Tumeur obstruant la fosse nasale gauche.			Obstruction nasale remontant à 6 mois.		
Id. Observ. IX.	Femme 43 ans.	Pas de lésion.	Perforation du septum cartilagineux. Tumeur bilatérale s'implantant sur les bords de la perforation.			Suivie pendant un an : pas de récidive.		Lupus pituitaire.

Id. Observ. X.	Femme 71 ans.	Pas de lésion.	Sur la cloison à gauche : foyer infiltré un peu bosselé gris rougeâtre et dont la surface présente plusieurs érosions tout à fait petites. Ultérieurement on reconnaît à droite des lésions analogues et une petite perforation de la cloison.			Il y a 20 ans traitée pour un néoplasme de la cloison.		Lupus de la pituitaire.
Id. Observ. XI.	Femme 25 ans.	Légère diminution du murmure aux deux sommets. Pas de bacilles dans les crachats.	Tumeur implantée sur la cloison cartilagineuse pâle et bosselée.					
Id. Observ. XII.	Femme 15 ans.	Pas de lésion. Pas de bacilles dans les crachats.	Tumeur fosse nasale droite implantée sur la cloison. Rouge pâle, lisse sans ulcération.	Lésions tuberculeuses.	Opérée il y a 1 an 1/2 pour papillômes multiples du larynx.	Imperméabilité nasale remontée à quelques semaines seulement.		
KOSCHIER Observ. XIII.	Femme 20 ans.	Pas de lésion.	Tumeur insérée à la choanne gauche face molle ; partagée en lobes par plusieurs sillons.	Tuberculose.		Obstruction nasale depuis 6 mois.		

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
Id. Observ. XVI.	Femme 54 ans.	Matité des 2 sommets. Sueurs nocturnes.	Ulcération du plancher et de la cloison ; entourée d'une zône d'infiltration. On n'indique pas de mamelons sur cette infiltration. Douloureuse. Perforation de la cloison.			Obstruction nasale depuis plusieurs années.		La perforation de la cloison n'est pas dans l'allure de la tuberculose granulique. Il est possible que la perforation soit due à un lupus antérieur à la tuberculose pulmonaire (l'obstruction remonte à deux ans) et que l'ulcération douloureuse soit un accident granulique.
Id. Observ. XVII.	Homme 26 ans.	Poumons normaux.	Saillies granuleuses sur la cloison cartilagineuse, le cornet inférieur, bord postérieur de la cloison. Nodule sur le bourrelet de la trompe d'Eustache droite et au niveau du larynx.		« Plusieurs noyaux de lupus sur la peau du visage.	Récidive au bout de 6 mois.		Lupus de la pituitaire.
Id. Observ. XIX	Femme 16 ans.	Poumons normaux.	Infiltration de la cloison cartilagineuse, présentant des noyaux. Au niveau de quelques-uns on voit des cicatrices. En d'autres endroits de petites ulcérations.		Noyaux de lupus sur la pointe du nez et les deux ailes.	Récidives.		C'est exactement la lésion de la pituitaire que nous avons trouvée chez nos lupiques cutanés.

Id. Observ. XX.	Femme 19 ans.		Infiltration mamelonnée de la pituitaire au niveau du cornet inférieur droit et de la cloison. Mamelons du volume d'un grain de millet et serrés les uns contre les autres sur le cornet, plus volumineux sur la cloison.		Lupus de l'oreille. Lupus de l'épiglotte. Lupus des cordes vocales.			Id. Lupus manifeste.
Id. Observ. XXI.	Homme 18 ans.	Poumons sains.	Infiltration mamelonnée et exulcérée de la cloison cartilagineuse et du cornet.		Lupus du nez.			Id.
Id. Observ. XXII.	Femme 22 ans.	Pas de lésion signalée.	Infiltration mamelonnée. Mamelons de grandeur variable. Par endroits, petites ulcérations et cicatrisations gris blanchâtre.	Cellules géantes.	Lupus amygdale droite.			Id.
Polyak Tuberculose du nez. *Soc. d'O. Rh. l.* de Budapest, 29 février, 1895.	Femme 49 ans.	Poumons sains.	Tumeur implantée dans la fosse nasale gauche sur la cloison. A droite du côté opposé au point d'implantation : infiltration mamelonnée granuleuse.	Cellules géantes. Bacilles rares.				Lupus.
Dionysio *Bollet. della Malatt. del Recchio*, 1892. Thèse de Pistre les pseudo-polypes tuberculeux. Bordeaux 1902-03.	J. fille 19 ans.	Poumons sains.	Tumeur d'un blanc nacré, comme encastrée dans une vaste perforation et s'insérant sur le plancher de la fosse nasale. La surface est bosselée molle saignant au contact du stylet.	Tissu manifestement tuberculeux et contenant un petit nombre de bacilles.		Obstruction nasale remonte à un an. Trois mois après l'ablation : pas de récidive.		Lupus.

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]itaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
						Obstruction nasale depuis plusieurs années.		La perforation de la cloison n'est pas dans l'allure de la tuberculose granulique. Il est possible que la perforation soit due à un lupus antérieur à la tuberculose pulmonaire (l'obstruction remonte deux ans) et que [illegible]ration dou[illegible] soit un ac[illegible] [illegible]lique.
Saint-Clair Thomson *Clinical. Soc. of London* 22 Och. 1897. Thèse de Pistre, 1903.	Femme 25 ans.	Poumons sains.	Deux ans avant le premier examen le malade présente une tumeur pédiculée sur la cloison à droite, qui fut reconnue tuberculeuse quoique ne contenant pas de bacille : Un an après excroissance. Rose pâle irrégulière et bosselée sur le côté gauche de la cloison. Six mois après perforation de la cloison. Adhérence entre le cornet inférieur gauche et la cloison.	Dans les granulations entourant la perforation on trouve de nombreuses cellules géantes mais pas de bacille.		La malade a été suivie pendant 4 ans. Son état était des plus satisfaisants mais il n'y avait pas guérison définitive.		[illegible] l'excroissance [illegible] gauche, la perforation nous fait penser qu'il s'agit de lupus.

Hirsberg. Affections oculaires en relation avec la tuberculose de la muqueuse nasale. *Arch. of. Otology*. 1901, 30, p. 352. Observ. I. Tuberculose de la pituitaire du voile et de l'épiglotte.	J. fille 15 ans	Respiration rude et légère submatité du sommet droit	*A droite* : *Méat inférieur* rempli par une masse granuleuse en partie ulcérée venant apparemment du cornet inférieur. A gauche tumeur analogue mais plus petite. La surface de l'amygdale droite, des piliers et des parties avoisinantes du voile est bontonnée de petits nodules mais sans ulcération. Cette lésion s'étend à l'épiglotte qui est épaisse, immobile et couverte de nodules similaires. Un an après quelques nodules sont trouvés sur la muqueuse des arytenoïdes.		[illegible] gauche fistule du sac lacrymal.	[illegible] de [illegible] de 1 an		[illegible] ary[illegible] ne voi[illegible] [illegible]te lésion au[illegible] [illegible]s de la laryngite tuberculeuse.
Id. Observ. II. Granulation tuberculeuse du cornet inférieur gauche. Tuberculose du sac lacrymal gauche.	Femme 34 ans	Pas de lésion pulmonaire.	Tumeur granuleuse attachée à la moitié antérieure du cornet inférieur.	« Nodules tuberculeux typiques. Cellules géantes mais pas de caséification. »		Léger rétrécissement du canal lacrymal gauche. 4 ans avant, subit l'ablation d'une masse granuleuse du cartilage tarse.		
Id. Observ. III. Tuberculose de la pituitaire. Dacryocystite gauche cicatrisée. Infiltration tuberculeuse de la [illegible] inféche.	Femme 19 ans.	Pas de lésion.	La partie antérieure et inférieure du septum à droite présente une masse de granulations couverte de croûtes. Cornet inférieur droit pareillement affecté et le gauche couvert de croûtes et de granulations.		La peau du lobule du nez est rouge épaissie avec quelques petits nodules. Quelques nodules sur la peau de la paupière inférieure gauche Dacryocystite gauche.			Lupus indubitable.

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
Id. Observ. IV. Tumeur granuleuse tuberculeuse du septum nasal. Rétrécissement du canal lacrymal gauche.	J. homme 15 ans.	Pas de lésion.	Tumeur nodulaire pâle pédiculée et insérée sur le septum cartilagineux.	Tuberculose.		En trois ans trois récidives de la tumeur. A la 2e récidive on enlève une partie du septum sur laquelle elle s'implantait ; trois mois après on trouvait une *large perforation* sur laquelle s'implantait la tumeur récidivée.		Lupus très probable.
Id. Observ. V. Lupus bilatéral de la pituitaire. Lupus cicatriciel du lobule du nez. Dacryocystite gauche.	48 ans.		Déviation de la cloison nasale. La muqueuse du cornet inférieur gauche et celle des deux faces du septum est recouverte de petites tumeurs nodulaires enlevées en de nombreuses séances.		Dacryocystite suppurée du nez. Traité antérieurement pour un lupus du lobule.			Cette lésion est justement étiquetée lupus par Hinsberg lui même. Or il est évident que pour être logique avec lui-même il devrait l'étiqueter « tuberculeuse » comme celle de ses 4 autres observations.
Baurowicz Tuberculose primitive de la muq. nasale. *Przegla. Lekarska Krakow*, 1895. Observ. I.	Femme 40 ans.	Pas de lésion.	Ulcération (non décrite) à l'angle de l'aile droite et de la cloison. Perforation de la cloison cartilagineuse.		Pas d'autre manifestation.			Observation peu détaillée. Perforation du septum en faveur du lupus.

Id. Observ. II.	Fillette 14 ans.	Pas de lésion.	Tumeur de la partie droite du septum cartilagineux. Perforation du septum entourée de granulations.		Elargissement et épaississement du nez. Nodules sur les bords de l'aile du nez.	Récidive un an après le 1er examen. Début un an avant le 1er examen.		Lupus.
Id. Observ. III.	Femme 24 ans.	Pas de lésion.	Perforation de la cloison cartilagineuse de la dimension d'un pois, entourée de granulations. Un mois après le curettage la malade est revue : granulations molles sur la partie postérieure de la cloison et sur les parties latérales des ailes du nez.		Elargissement et épaississement du nez.	Début 2 ans avant le 1er examen. Curettage.		Lupus.
SILBERSTEIN Beitrag. zur tuberculose der Nase etc. *Dissert. inaug Greifowald* 1898. Observ. I.	Femme 17 ans.	Pas de lésion.	Ulcérations superficielles de la moitié antérieure des cornets inférieurs qui est infiltrée.	Inoculation à un cobaye sans résultat formel. Réaction locale et générale à la tuberculine.				Lésions très sommairement décrites; et ne présentant pas de caractère objectif bien tranché.
Id. Observ. II.	Femme 16 ans.	Pas de lésion.	Ulcérations superficielles de la partie antérieure des cornets inférieurs et du septum cartilagineux.	Pas de bacille. Inoculation au cobaye positive.	Eczéma des ailes du nez.	Début 2 à 3 ans avant le 1er examen. Trois récidives après curettage.		Id.

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
HERZOG. Tuberculose de la muqueuse nasale. *Am. J. of. med. Sciences* décembre 1893. Observ. I.	Femme 18 ans.		Cornet inférieur gauche couvert de granulations saignant facilement (1886). Curettage et acide lactique. En juin 88 adénites cervicales suppurées. En février 1889 nouvelle récidive sous forme d'une tumeur granuleuse du méat inférieur (ablation). Janvier 1890, nouvelle obstruction nasale par des masses granuleuses du cornet inférieur, du méat inférieur et du cornet moyen. Disparition de la maladie. Nouvelles adénites suppurées.	L'examen histologique de la tumeur montre des bacilles tuberculeux.	Dacryocystite gauche purulente. Adénites cervicales suppurées quelques mois après le 1er examen, reconnues tuberculeuses à l'examen microscopique.			L'infiltration mamelonnée, les récidives, la lenteur de la marche nous font ranger cette observation parmi les observations de lupus pituitaire.
Id. Observ. II.	Femme 36 ans.		Petite ulcération sur le cornet inférieur gauche. Infiltration granuleuse du plancher.		A été traitée antérieurement au premier examen pour lupus de la face. Lupus cicatrisé au niveau du sac lacrymal droit; et lupus récent de la même région gauche.			Lupus.

Id. Observ. III.	Homme 13 ans.	Poumons sains.	Vient à consultation le 17 mars 1890. Soignée un an avant pour tuberculose de la pituitaire et ulcération du cornet inférieur droit. Granulations profuses sur le septum cartilagineux et le cornet inférieur droit. Curettage et acide lactique et guérison le 25 juillet. En mars 1891 nouvelles granulations et masses granuleuses sur les cicatrices des anciennes lésions. Octobre 91. Perforation cartilage.			Nouvelle récidive en octobre 93.		Lupus, comme le prouvent : Les granulations de la muqueuse; La récidive dans les cicatrices; La perforation du septum.
Id. Observ. IV.	Femme 26 ans.		Côté gauche du septum commençant aux narines et s'étendant assez loin en arrière. Ulcération à surface inégale à contours irréguliers couverts de granulations. Formant à la partie antérieure de la périphérie une petite tumeur. Autre petite tumeur sur le cornet inférieur du même côté.		Adénite sous-maxillaire. Cicatrices d'adénites suppurées.	Vue la 1re fois le 5 mai 1891. Guérie (?) le 6 juin 91. Curettage et acide lactique.		Lupus probable.
Id. Observ. V.	Femme 30 ans.	Poumons sains.	Ulcération non décrite du plancher nasal à droite près du point d'abouchement du canal lacrymal et dans le méat inférieur Ulcération aussi peu décrite sur le cornet inférieur gauche.		Tuberculose du conduit naso-lacrymal des deux côtés. Ulcération bilatérale du sac.			Observation extrêmement courte (cinq lignes) peu utilisable au point de vue clinique.

Id. Observ. VI.	Homme 50 ans.	Induration du sommet droit.	Tumeur du volume d'une noisette se détachant du cornet moyen droit à surface granuleuse, de consistance molle.					Observation constituée uniquement par les renseignements donnés au tableau.
Id. Observ. VII.	Homme 31 ans.	Poumons sains.	Sur le côté gauche du septum en face du cornet inférieur existe une ulcération couverte de granulations.					Id.
Id. Observ. VIII.	Femme 49 ans.		Obstruction nasale. Granulation sur la face interne de l'aile du nez. Perforation du septum cartilagineux entourée de granulations.		Dacryocystite suppurée depuis deux ans. Lupus de la pointe du nez : les nodules disparaissent spontanément après curettage de la pituitaire.			Lupus.
Id. Observ. IX.	Homme 21 ans.	Poumons sains.	Tumeur implantée sur le milieu du bord inférieur du cornet inférieur rouge grisâtre molle. Ablation. Malade perdue de vue.					Observation réduite aux renseignements inscrits dans ce tableau. Inutilisable.
Id. Observ. X.	Homme 33 ans.	Tuberculose pulmonaire.	Ulcération de la cloison cartilagineuse à sa partie antérieure et un peu sur le plancher. Près de son pôle postérieur, infiltration de petits tubercules grisâtres.	Nombreux bacilles dans les crachats.	Laryngite tuberculeuse.			Ulcération granulique secondaire.

MERCIER BELLEVUE Un cas de tumeur tuberculeuse de la région postérieure de la cloison du nez. *Rev. hebd.* 1902.	Femme 40 ans.		Tumeur de la partie postérieure de la cloison du volume d'un pois, à face inégale bosselée, molle, très rouge, saignant au contact du stylet. S'accompagnant de lésion du cornet inférieur et de la cloison. Etiquetées, coryza pseudo-atrophique strumeux.	Tumeur, formations tuberculeuses avec follicules types, comprenant au centre une cellule géante puis cellules rondes et épithélioïdes. On n'a pas recherché le bacille de Koch.		Le début remonte à 2 années avant le 1er examen. En somme il s'agit d'un lupus qui a débuté par la partie antérieure de la pituitaire et s'est propagé peu à peu à la partie postérieure de la cloison où elle a donné naissance à une tumeur.		Le diagnostic fait par l'auteur en ce qui concerne les lésions du cornet inférieur est « Coryza pseudo-atrophique strumeux. » Or il y a là certainement une erreur. Il s'agit manifestement de lupus du cornet inférieur déjà très avancé comme le prouve l'atrophie indiquée dans l'observation. La nature lupique nous est révélée par les petits points blanchâtres adhérents du cornet et de la cloison; par l'adhérence des croûtes qui indique une exulcération de la muqueuse; et enfin par les fongosités du cornet qui n'existent jamais dans le coryza strumeux.
PROTA Tumeur tuberculeuse de la fosse nasale *Arch. Ital. di leryng.*, 1900.	Femme 17 ans.	Pas indiqué.	Tumeur de la cloison et du plancher de la fosse nasale.		Lymphangite du lobule du nez. Lupus de la luette. Lupus du tragus et du lobule de l'oreille et de la peau préauriculaire.	Catarrhe nasal depuis une année avant le premier examen.		Lupus pituitaire manifeste.

Auteurs	Age Sexe	Lésions pulmonaires	Lésions de la pituitaire	Structure Bacilles	Lésions concomitantes	Marche	Complications	Observations
TEXIER XIIIe Congrès international de médecine 1900. Tuberculose nasale primitive à forme polypoïde.	Femme 26 ans.	Pas de lésion	Tumeur de la cloison et du plancher de la fosse nasale à droite, bosselée, sessile. Pas d'autres lésions de la pituitaire signalée.	Tubercules agglomérés. Cellules géantes.		Début remonte à de nombreuses années, mais gêne surtout accentuée depuis deux ans.		
BAR id. Tuberculose pseudo-polypeuse et granuleuse secondaire. Observ. I.	Femme 25 ans.	Etat pulmonaire très avancé. Infiltration généralisée.	Fosse nasales obstruées par des masses lisses pseudo-polypeuses, rosées, d'une consistance élastique et de volume variable; sessiles saignant peu, insérées des deux côtés de cloison cartilagineuse et à son union avec le plancher. Pas d'ulcération ni d'épistaxis.		Eruption miliaire sur le voile du palais, avec destruction partielle de la luette, sur le pharynx et le larynx.			Il y a évidemment un contraste entre l'état des lésions nasales, indolores, sans tubercule miliaire, sans ulcération, et l'état typique granulique du pharynx et du larynx. Les lésions ne sont peut-être pas de même date ; les pseudo-polypes remontant peut-être à une époque bien antérieure. Cette observation est tout au moins discutable et ne peut controuver le fait qui se dégage à notre avis, des observations que les tumeurs nasales sont de nature lupique

BAR id. Tuberculose nasale polypoïde ulcérée secondaire. Observ. II.	Homme 56 ans.	Bronchite chronique remontant à deux années avant l'examen. et reconnue tuberculeuse.	Lésions situées à l'entrée de la narine gauche. « L'orifice en est devenu rouge, tuméfié, résistant, très sensible au palper, très douloureux. Ces signes se sont étendus d'une façon manifeste sous forme de dermite aux plus proches follicules pileux en sorte que sous la moustache la lésion prenait l'aspect du sycosis. Ainsi localisée au vestibule, l'affection est devenue 6 mois après le début le siège d'une ulcération assez grande, à bords anfractueux avec quelques granulations jaunâtres typiques le tout extrêment douloureux. » Aucune autre lésion de la pituitaire.		Laryngite infiltro-ulcéreuse.			Pourquoi ce titre de tuberculose nasale polypoïde? Nulle part dans l'observation il n'est parlé de production polypeuse. Il s'agit de tuberculose miliaire ulcérée du vestibule.
BRINDEL Obs inédite. In th. Pistre. Tuberculose nasale simulant une hydrorrhée.	Femme 27 ans.	Pas d'indication.	Vient à la clinique pour un coryza remontant à 4 mois s'accompagnant le matin de crises d'éternuements avec écoulement de liquide clair. Tumeur polypoïde du volume d'un gros pois implantée sur la partie moyenne du septum à gauche. Il y a, en outre à gauche une surface « grenillée » avec cicatrices, et retrécissement de la narine. A droite petite synéchie du cornet inférieur avec cloison « état grenillée saignant au contact du stylet en arrière de la synéchie. »	Pas d'indication.	Adénite sous angulo-maxillaire double.			Il s'agit évidemment de lupus, comme le prouvent le rétrécissement de la narine, la synéchie, l'état granillé et cicatriciel signalés.

Pistre. Les pseudo-polypes tuberculeux des fosses nasales. Thèse Bordeaux 1903. Observ. XII.	J. fille 13 ans.	Pas d'indication.	Tumeur du cornet inférieur droit qu'on enlève. Dix jours après l'ablation on constate des « plaques lupiques » sur le cornet inférieur gauche et une tuméfaction de la queue du cornet que l'on curette. Fin mai il y avait encore un « état granuleux » du cornet.	Cellules géantes nombreuses.	Adénite cervicale droite, abcès du ganglion préauriculaire. Adénite sous angulo-maxillaire droite.			Bien que la conclusion de la thèse soit que les pseudo-polypes sont quelque chose de tout à fait différent du lupus, cette observation est incontestablement celle d'un lupus pituitaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Cartaz. — *France Médicale*, 1887.
2. Boutard. — La tuberculose nasale. *Thèse Paris*, 1889.
3. Plicque. — La tuberculose nasale. *Ann. mal. oreille*, etc , 1890.
4. Olympitis. — La tuberculose nasale. *Thèse Paris*, 1890.
5. Koschier. — La tuberculose nasale. *Wien. Klin. Wochens.*, 1895.
6. Pistre. — Les pseudo-polypes tuberculeux des fosses nasales. *Thèse Bordeaux*, 1903.
7. Raulin. — Lupus primitif des fosses nasales. *Thèse Paris*, 1887.
8. Hinsberg. — Affections oculaires en relation avec la tuberculose de la muqueuse nasale. *Arch. of otol.*, 1901.
9. Masseï. — *Rev. hebd. laryngol.*, 11 mars 1905, n° 10.
10. Escat. — Légitimité de la distinction clinique du lupus, etc. *Ann. mal. oreille*, oct. 1905.
11. Demme. — Zur Diag. Badentung die Tabükelbacillen, etc. *Berlin. Klin. Woch.*, 1883, XX, n° 15.
12. Volkman. — Ueber den Character der fungosen Gelencentzündüngen. *Samml. Klin. Vorträge*, Leipzig, 1875-1880. *Chirurgia*, n°s 168-169.
13. Caboche. — A propos de la tuberculose nasale. *Ann. mal. oreille*, janvier 1906.
14. Morschik. — *Wien Klin. Wochens.*, 1905, XVIII, 22.
15. Heinde — *Wien. Klin. Wochens.*, 1905, XVIII, 22.
16. Caboche. — Tuberculose nasale et méat inférieur. *Annales mal. oreille*, sept. 1906.
17. Milian.— La sclérodermie tuberculeuse. *Soc. Méd. Hop* , mars 1907.
18. Francis Steward. — Tuberculose de la muqueuse nasale. *London Guy's Hospital Ref.*, 1897.
19. Willigk. — *Prager Wierteljahrschrift*, p. 4.
20. Weichselbaüm. — *Centralbl. f. Klin. Chirurg* , 1882, p. 26.
21. Melzi. — *Arch. internat. Laryngol. ital* , etc., juillet et août 1904.
22. Gellé. — Rôle des lésions nasales dans la pathogénie du larmoiement. *Soc. Fr. Laryngol.*, 1903.
23. Poulard.— Adénopathies dans les affections oculaires. *Thèse Paris*, 1903.
24. Ménier. — Manuel des maladies des fosses nasales. Paris.
25. Chiari. — Maladies du nez, traduction Breyre, 1905.
26. Moliné. — *Méd. Médicale*, 1893.
27. Audry. — *Journal des malad. cut. et syph.*, 1896, p. 729.
28. Mineau et Frèche. — Origine nasale du lupus de la face. *Annales Dermatologie*, 1897.

29. Sticker.— *Versaml. Deust. Naiurfenohen Med. Aertze Dusseldorf*, sept. 1893.

30. Bresgen. — *Deust. Mediz. Wochenschf.*, 1887, n° 30.

31. Lacoarret. — *Rev. hebd. de Laryng.*, 1892, p. 405.

32. Labit. — *Rev. hebd. de Laryng.*, 1895, p. 509.

33. Gleitsman. — Tuberculose des sinus accessoires du nez. *Rev. hebd. de Laryngologie*, juin 1907.

34. Félix. — Participation de l'oreille moyenne dans le lupus des fosses nasales. *Annales mal. de l'oreille*, mars 1903.

35. Gradenigo.— *Gazetta degli Ospitali*, 1888 (*in Annales mal. oreille*, 1889, p. 93.

36. Pasch. — Contribution à la clinique de la tuberculose nasale. *Arch. f. Laryngologie*, t. XVII, n° 3. D'après *Annales mal. oreille*, nov. 1906.

37. Mygind. — Le lupus de la cavité nasale. *Arch. f. Laryngologie*. D'après *Annales mal. oreille*, nov. 1906, p. 493.

38. Gellé. — Adénopathies dans les affections des fosses nasales. Rapport à la *Société française de Laryngologie*, 1905.

39. Garel et Collet. — Tumeurs de la cloison nasale. *Annales mal. oreille*, 1893, p. 249.

40. Caboche.— L'ozène forme lavée de la tuberculose. *Soc. française de Laryngologie*, mai 1907.

41. Dieulafoy. — *Académie de Médecine*, 1895.

42. Babès. — Pénétration des bacilles tuberculeux par la peau. *Presse Médioale*, 15 juin 1907.

43. Courmont et Lesieur. — Pénétration des bacilles tuberculeux par la peau. *Presse Médicale*, 1907, n° 51.

44. Marc André.— Lymphatiques des fosses nasales. *Thèse Paris*, 1905.

45. Botey. — *Annales mal. oreille*, août 1906, obs. VII.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Quatre cas de mort causée par l'abcès consécutif à la thrombose otogène du sinus, par Voss (*Zeitsch. f. Ohrenheilk*, Bd. LII, n° 1).

Voss publie quatre observations d'abcès cérébral de cause auriculaire, pour éviter le reproche de passer sous silence ses insuccès opératoires. Chaque observation est accompagnée de nombreux détails. Les publications de ce genre sont devenues, dans ces dernières années, trop fréquentes, pour qu'on puisse rapporter ces observations en détails.

Dans un cas, un garçon de 13 ans, atteint d'otite chronique double, fait une thrombose du sinus qui paraît être guérie par une double intervention. Bientôt réapparaissent d'autres symptômes : céphalée, ralentissement du pouls, altération de la pupille, vomissements, et une perte de connaissance se répètent à plusieurs reprises, et une fois même allant jusqu'au coma. Pendant un mois, Voss, supposant un abcès cérébral, fait des ponctions dans les différents endroits du cerveau sans trouver l'abcès. Enfin, on tombe sur un abcès dans le cervelet. Le malade meurt et l'autopsie montre que l'on n'a pas découvert un abcès du pôle postérieur du lobe occipital, probablement ancien, parce qu'il se trouvait encapsulé dans une membrane. Pas de méningite.

Dans un autre cas chez un garçon de 15 ans, Voss a supposé l'existence d'un abcès temporal, du côté *gauche*, tandis que l'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'un abcès du cervelet du côté *droit* et d'une hémorrhagie sur l'écorce du côté *gauche*, dans la région de la circonvolution de Rolando, et d'une thrombose du sinus. Dans ce cas, la thrombose du sinus ne pouvait pas être diagnostiquée. Pas de frissons, température ne dépassant pas 38,6, la céphalée siégeant dans la région frontale et dans la tempe droite, raideur de la nuque, constipation, on pouvait penser à une méningite. Dans le cours de la maladie, l'enfant avait des contrac-

tions dans le bras droit paralysé. On a pensé, et avec raison, à une lésion corticale, mais on n'a pas songé à l'hémorrhagie. On n'a surtout pas songé à un abcès du cervelet siégeant du *même côté* que la paralysie. D'après Ballence, on croit que ces abcès du cervelet exercent une pression sur la moelle épinière, et Grunert et Zeroni supposent, comme admise généralement, l'existence des parésies siégeant du côté de l'abcès du cervelet. Voss croit que la paralysie, dans son cas, était due à l'hémorrhagie cérébrale dans la circonvolution de Rolando. Ces hémorrhagies, même multiples, consécutives à la thrombose du sinus, étaient connues des anciens auteurs.

Le troisième cas n'a pas été autopsié. La malade, une jeune fille de 16 ans, se plaignait constamment de maux de tête, qu'elle localisait dans le front. A l'opération, on a trouvé, en dehors d'une thrombose du sinus, un petit abcès dans la substance grise du cerveau et un autre plus grand dans le cervelet. Ce cas montre que pour la localisation dans le cerveau, le siège de la douleur ne peut fournir une indication certaine. Un autre cas rappelé brièvement par Voss montre que même le côté ne peut pas être diagnostiqué d'après le siège de la douleur.

Dans le dernier cas (otite moyenne aiguë avec thrombose du sinus, abcès du lobe temporal et méningite) l'abcès n'a pas été diagnostiqué. Il ne s'agissait probablement pas d'un cas aigu, comme dit Voss, mais plutôt d'une ancienne otite réchauffée.

LAUTMANN.

L'épreuve de la brosse, par HEEHINGER (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. LI, tome III.)

Gowsseff, un médecin russe a proposé un jeu de société qui pourra servir pour démasquer la surdité simulée. A la clinique de Bloch, on a institué des expériences de contrôle qui sont en faveur de cette méthode, aussi simple que possible. Voici la technique et son explication. Si on se place derrière un homme dont l'audition est bonne, et si avec une brosse ordinaire on descend le long du dos de son pardessus et si ensuite, sans changer de position, on exécute le même mouvement avec la main seule, le sujet examiné dira facilement si on a fait le mouvement avec la brosse ou avec la main. Maintenant, si on descend en même temps la main droite sur le pardessus du malade et une brosse, avec la main gauche, sur le vêtement du médecin (bien entendu ou inversement) un sujet normal ne pourra pas dire si c'est la

brosse ou la main qui a passé sur son dos. La sensation tactile et auditive se confondent. Si le sujet examiné n'a pas de sensation auditive, il ne se trompera pas sur la sensation tactile. C'est le cas du sourd non simulateur. Les petits détails de l'expérience favorisent la réussite ainsi par exemple, chez l'homme normal, on peut boucher les deux oreilles, les vêtements du médecin et du malade doivent être de tissu semblable.

Cette méthode ne sert pas à prouver la surdité, mais elle est excellente pour découvrir la simulation de la surdité. A la clinique de Bloch, on s'efforce, avant de pratiquer l'expérience de suggérer au malade qu'il sent la différence entre la main et la brosse. En réalité, cette différence ne peut qu'être entendue. Si le sujet à examiner répond régulièrement qu'il sent la brosse, quand la main passe sur son dos, et la brosse sur le vêtement du médecin, ou s'il dit sentir la main quand la brosse ne fait pas son mouvement, il est évident qu'il a perçu le mouvement de la brosse, donc il a entendu. LAUTMANN.

Abcès épidural extériorisé par le trou déchiré postérieur, par BOULAY (*Revue hebdomadaire de laryng... etc.*, 8 septembre 1906)

Malade opéré de mastoïdite aiguë, présente vers le sixième jour une douleur dans le côté gauche du cou avec de grandes oscillations ressemblant a un début de pyohémie et des maux de tête sans localisations précises. Pendant six semaines alternatives d'amélioration et d'aggravation ; on pense à une complication intra-crânienne, mais l'examen du fond de l'œil est négatif. A la fin du second mois, tuméfaction de la partie latérale gauche du cou, sous le sterno ; il s'agit d'une collection liquide qui communique avec l'oreille ainsi que le démontre la pression. Il n'y a aucun signe de compression du 9, 10 ou 11, et l'on pense à une mastoïdite de Bezold. Mais à l'opération on crut à un abcès épidural s'étendant jusqu'au golfe de la jugulaire : le pus a envahi le cou par le trou déchiré postérieur, suivi la gaine des vaisseaux et descendu dans le cou. Mort.

Il n'y a, dans la littérature médicale, que trois autres cas semblables (Rossi, Kessel et Laurens). A. HAUTANT.

Sur les lésions de l'oreille interne consécutives aux suppurations de la caisse du tympan, par FERRERI (*Arch. internat. de laryngologie*, janvier 1906.)

L'auteur regrette que dans les traités d'otologie, il existe une

lacune à l'endroit où il faudrait lire un chapitre consacré aux lésions de l'oreille interne consécutives aux suppurations de la caisse évoluant ou préexistantes. Les suppurations labyrinthiques ont été étudiées récemment, mais le labyrinthe ne subit pas seulement de profondes altérations quand il est envahi par la suppuration de l'oreille moyenne, ou lorsque la phlogose l'atteint par voie sanguine (influenza, tuberculose, fièvre typhoïde etc.), il peut être attaqué, si des otites moyennes suppurées préexistantes ont engendré sur la paroi labyrinthique des exsudats, des synéchies, des néoformations osseuses ayant raidi la chaîne et obstrué les fenêtres. Les rapports intimes de circulation sanguine et lymphatique existant entre l'oreille moyenne et interne, peuvent déterminer des hypérémies actives et passives, des hémorrhagies, des infiltrations inflammatoires des parois osseuses et membraneuses du labyrinthe et enfin des dégénérescences, des terminaisons nerveuses acoustiques.

Etiologie. — On doit tenir compte des lésions qui provoquent le plus souvent des labyrinthites, puis des voies de propagation de la caisse à l'oreille interne, des microbes pathogènes et de leurs toxines.

D'après Politzer, les causes les plus fréquentes de suppuration labyrinthique seraient : la tuberculose, la scarlatine, la syphilis et divers états cachectiques, il faut y ajouter l'influenza, la pneumonie, la méningite cérébro-spinale épidémique. On peut aussi observer des altérations de l'oreille interne, d'origine toxique ou dégénérative, dues à la propagation directe des toxines de l'oreille moyenne à l'oreille interne, soit à des lésions de la caisse, ayant entraîné des exsudations, des incrustations calcaires, l'ossification des fenêtres.

On observe peut-être aussi fréquemment des infections labyrinthiques dans les otites moyennes suppurées chroniques invétérées ou dans les otites aiguës.

Le labyrinthe peut s'infecter par les voies sanguine, crânienne et otitique; cette dernière est la plus commune et on peut lui adjoindre les traumatismes (balles de revolver, plaies opératoires accidentelles).

Anatomie pathologique. — Les altérations anatomo-pathologiques de l'oreille interne sont de nature très diverses. Lorsque les bactéries pyogènes et leurs toxines ont réussi à envahir le labyrinthe entier sans rencontrer sur leur route une barrière défensive, elles peuvent, par les aqueducs, pénétrer dans la gaine de l'acoustique et dans le conduit endolymphatique et engendrer

des complications méningées et cérébrales constituant l'issue la plus grave d'une pyolabyrinthite, tandis que si le peu de virulence des microbes et la faible tension du pus, a permis l'organisation d'une barrière, le processus demeurera localisé à des zones déterminées du labyrinthe membraneux.

Dans des cas de phlogose labyrinthique chronique on observerait un processus analogue à celui que Politzer découvrit chez un malade ayant eu une fracture de la base du crâne qui avait intéressé la pyramide et le labyrinthe ; au bout de cinq semaines, le vestibule, les circonvolutions inférieures du limaçon et les canaux semi-circulaires présentaient un notable accroissement de tissu connectif néoformé oblitérant leur orifice. La surdité observée dans les labyrinthites serait imputable au développement brusque du tissu connectif qui ultérieurement s'ossifie en partie ou en totalité.

Parfois les lésions labyrinthiques se réduisent à une simple hypérémie, sans production d'exsudat ni de pus.

Symptomatologie. — Dans les *Labyrinthites aiguës* qui sont habituellement suppurées, on observe surtout des phénomènes généraux ; élévation thermique, céphalée, nausées, vomissements et vertiges, dans les formes aiguës on observe le nystagmus ; une surdité brusque et complète peut mettre fin brutalement à cette succession de phénomènes, surtout lorsque les deux oreilles ont été simultanément attaquées.

Un symptôme important est la parésie ou la paralysie du facial qui est toujours l'indice d'une affection grave et profonde, trop souvent attribuée, au contraire, à une lésion de l'oreille moyenne.

Dans les hypérémies labyrinthiques dues à des congestions de la caisse, le plus souvent la température n'est pas sensiblement influencée ; relativement aux phénomènes locaux, le limaçon et les canaux semi-circulaires sont atteints simultanément, aucun symptôme ne prédomine ou l'un des deux plus gravement atteint et les symptômes prévaudront.

Dans les *Labyrinthites chroniques* les symptômes généraux peuvent faire défaut ; en cas de rétention du pus on peut observer une légère élévation de température.

La douleur n'est pas constante, lorsqu'il existe de la céphalée elle n'a ni la violence, ni la durée, ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse et elle ne s'accompagne pas de somnolence et de torpeur.

L'incoordination des mouvements, bien que moins accentuée, se manifeste lorsqu'il existe une irritation ou une paralysie des

terminaisons acoustiques nerveuses dues à une péri-labyrinthite ou à une endo-labyrinthite, car si l'inflammation demeure localisée à la capsule osseuse du labyrinthe, ce phénomène ne se manifeste pas (Stein).

On observe souvent le nystagmus, il faut pour cela que les canaux semi-circulaires ne soient pas entièrement détruits des deux côtés et en cas de pyolabyrinthite hémilatérale le nystagmus peut être bilatéral (Passow).

Les phénomènes locaux varient suivant le siège de la lésion, mais vu les relations intimes entre limaçon et canaux semi-circulaires, un retentissement général se manifestera dans tout l'organe.

Les lésions attaquant de préférence le limaçon, les phénomènes acoustiques ont le pas sur les troubles de l'équilibre ; lorsque le processus suppuré affecte la branche cochléaire de l'acoustique la perception crânienne et aérienne est abolie ou diminuée, l'épreuve de Rinne sera négative lorsque l'inflammation est localisée aux espaces périlymphatiques et positive quand elle a envahi la cavité endolymphatique. On observe de l'incertitude dans les mouvements avec tendance à choir du côté lésé en marchant les yeux fermés : la tête est inclinée de ce côté.

Pour compléter l'examen on pourra recourir à l'électricité ; si le nerf est sain, il réagit au maximum d'un milliampère sous la forme de bruits et vertiges ; au-dessus de trois milliampères on le considèrera comme dégénéré. En cas de nécrose labyrinthique totale, on n'observera ni troubles de l'équilibre, ni phénomènes acoustiques subjectifs.

Lorsque les canaux semi-circulaires sont affectés, ce sont les troubles vertigineux qui dominent. Vertige spontané et continu ou provoqué par les mouvements oculaires, ou ceux de la tête et du corps tout entier, etc. Habituellement il finit par céder, si le malade demeure longtemps immobilisé dans le décubitus dorsal ou après destruction des canaux.

Si le malade voit tourner les objets devant lui dans le sens horizontal c'est le canal externe qui est lésé tandis que si les objets s'agitent dans le sens vertical, c'est le canal postérieur qui est affecté, le vertige ne suivra aucune voie si les trois canaux sont atteints.

Les troubles de l'équilibre seront rendus plus évidents par une série de recherches conseillées par V. Stein : épreuves statiques et épreuves dynamiques.

Diagnostic. — Les moyens diagnostiques employés pour recon-

naître les lésions de l'oreille interne consécutives aux otites moyennes suppurées chroniques sont très divers suivant les cas. Anamnèse, examen otoscopique et étude méthodique des symptômes accusés par le malade ; voici pour l'adulte tandis que chez l'enfant il faudra parfois se contenter de l'examen otoscopique ; chez l'adulte même les symptômes sont parfois infidèles et le diagnostic se fera par exclusion c'est-à-dire lorsque les manifestations labyrinthiques se prolongent ou cessent après l'intervention.

Le diagnostic anatomique a aussi son intérêt pour le traitement curatif : compression labyrinthique, hypérémie transitoire, suppuration labyrinthique ou dégénérescence atrophique des terminaisons nerveuses acoustiques.

Si l'on découvre, chez un vieil otorrhéique, à l'examen otoscopique, sur la paroi postérieure de la caisse, un tissu granuleux avec fétidité persistante de la sécrétion et la présence d'un séquestre visible à travers une fistule, le diagnostic de pyolabyrinthite sera assuré. S'il existe des masses cholestéatomateuses les phénomènes labyrinthiques peuvent disparaître après leur expulsion ; on devra donc réserver le diagnostic.

Aux signes objectifs s'ajoutant les troubles de l'équilibre, le nystagmus, les paracousies, les hallucinations auditives, la paralysie faciale on aura un ensemble symptomatique suffisant pour juger le degré de lésion du labyrinthe.

Dans certain cas on demande un diagnostic au cours de l'évidement ou après l'opération ; les points d'invasion habituels seront explorés soigneusement, en particulier l'érosion plus ou moins prononcés du canal semi-circulaire externe.

La propagation à l'endrocâne et particulièrement à la fosse cérébrale postérieure s'effectue très facilement à travers le labyrinthe, on devra recueillir tous les faits permettant de s'assurer si le mal est encore restreint à l'oreille interne, on se rappellera également les deux lésions peuvent coexister.

Indications thérapeutiques. — L'auteur passe la revue des règles opératoires dictées par Milligan, Jansen, Botey, Lermoyez, Brieger, Moure, Klug, Zaalberg, Stein, etc., dans leurs monographies. Pour les complications labyrinthiques non suppurées il s'étonne que ces auteurs aient fait le silence ou seulement glissé sur ces indications ; selon lui il faut se montrer plus strict pour leur diagnostic car on devra choisir entre une intervention n'outrepassant pas l'appareil de transmission de l'ouverture des fenêtres ovale et ronde, ou enfin la démolition, au moyen ou la fraise, du canal semi-circulaire horizontal et du promontoire.

Thérapeutique. — Deux voies d'accès sont offertes évidemment lorsqu'il s'agit de découvrir largement le labyrinthe et le conduit auditif lorsque l'on veut agir sur l'appareil transmetteur du son.

A la suite de l'opération radicale, la paroi labyrinthique offrant une apparence saine, on commencera par extraire l'étrier pour agrandir ensuite la fenêtre vestibulaire, par précaution on ouvrira ensuite le canal semi-circulaire externe et le limaçon à travers le promontoire. A propos du travail de Bourguet la pratique seule en montrera la valeur.

La voie tympanique rend plus difficile les autres interventions : ablation du marteau et de l'enclume, mobilisation de l'étrier et extraction, perforation de la base de la fenêtre ovale (Faraci), ponction de la fenêtre ronde. M. GRIVOT.

Sur une altération histologique cadavérique du nerf acoustique, contribution à l'étude des corps amylacés, par NAGER (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. LI, t. III).

Ce travail devrait être consulté par tous ceux qui s'occupent de l'histologie du nerf acoustique. Siebenmann et ses élèves Oppikofer et Nager ont trouvé que certaines altérations du nerf acoustique, constatées par l'examen histologique, étaient dues à des altérations cadavériques causées, soit par la préparation, par la méthode de fixation, soit par l'altération du nerf à la suite de la section. Ils les appellent des foyers pseudo-dégénératifs. Leurs caractères morphologiques et tinctoriaux les font ressembler à ce qu'on connaît des corps amylacés dans les préparations du système nerveux. Il nous est impossible d'entrer dans les détails de ce travail. Nous nous contentons seulement de le signaler comme article permettant le contrôle des publications concernant l'histologie de l'oreille. LAUTMANN.

Contribution à l'étude de la névrite dégénérative et à l'atrophie de l'acoustique, par WITTMAACK (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIII, t. I).

Sur le même sujet, Wittmaack a déjà publié un article analysé dans les *Annales*. Il s'occupe cette fois de la névrite consécutive à la scarlatine, à la fièvre typhoïde et au diabète. Wittmaack s'est fait une spécialité de l'étude histologique de l'acoustique. Il est impossible d'analyser un travail histologique, néanmoins, il faut

constater que Wittmaack trouve des altérations pathologiques là où il serait peut-être possible de voir de simples effets des préparations. A un endroit, Wittmaack constate lui même qu'il ne peut pas considérer comme altérations *post mortem* ce que Nager décrit comme telles. D'après Wittmaack, les dégénérescences du nerf provoquées expérimentalement donnent des préparations histologiques analogues aux dégénérescences consécutives aux maladies chroniques de l'acoustique. Or, nous savons que la dégénérescence lente et progressive de l'acoustique se caractérise surtout par la disparition de l'élément fin du nerf et par sa substitution par du tissu fibreux. Wittmaack décrit très bien l'aspect du nerf dégénéré. Cette description est conforme aux données classiques. Ce ne sont pas ces altérations que Nager a considérées comme altérations *post-mortem*. Les altérations de l'organe de Corti doivent être encore plus difficiles à reconnaître, surtout quand l'organe est relativement conservé. Quand la papille basilaire est transformée en une simple couche épithéliale, quand rien ne persiste plus des cellules de Deiters, le diagnostic ne présente pas de difficulté. La difficulté consiste à différencier ce qui est lésé par maladie ou par la préparation. Wittmaack prétend que l'adhérence de la membrane tectoria à la papille basilaire est, sous certaines conditions, un signe sûr d'altération de l'acoustique, même si le processus morbide s'est arrêté *intra vitam*. Diagnostiquer une atrophie de l'appareil de Corti, sans atrophie du nerf acoustique, paraîtra certainement risqué. Jusqu'à présent, Alexander seul a décrit un cas analogue.

Tous les travaux de Wittmaack contiennent une part de bonne clinique. Ainsi, il nous rappelle que la scarlatine peut léser l'oreille, non seulement par les graves désordres qu'elle occasionne dans la caisse, mais aussi en attaquant directement, par ses toxines, le nerf acoustique. La constatation d'un commencement de surdité nerveuse ne suffira plus, ainsi que Ostmann le demande (dans un travail analysé dans les *Annales*), pour diagnostiquer l'invasion de la suppuration de l'oreille moyenne dans le labyrinthe. Wittmaack dit que pour le diagnostic différentiel des névrites ou des labyrinthites dans le cours d'une otite suppurée, l'absence ou la présence des troubles de l'équilibre sera d'importance.

LAUTMANN.

Surdité hystérique, par MOLL (*Revue hebdomad. de laryng. otol. et rhinol*, 26 mai 1906).

Cet article a trait à l'hystérie monosymptomatique, diagnostiquée uniquement par la surdité, et dont l'auteur en rapporte un exemple, très détaillé et qu'il discute longuement. Moll insiste sur la difficulté du diagnostic, sur l'importance des contradictions et sur l'absence de toute lésion matérielle de l'ouïe. On sera surtout convaincu par la marche de l'affection et la guérison qui suivra un traitement purement psychique. A. HAUTANT.

De la surdité hystérique, par P. MC. BRIDE (*Revue hebdomadaire de laryng. otol. et rhin.*, 16 juin 1906.)

La surdité hystérique n'est pas toujours associée aux autres stigmates de la névrose ; il y a des cas dans lesquels les autres manifestations hystériques, même si elles sont présentes, sont plus ou moins cachées et rendent le diagnostic difficile. Ce sont de ces cas que s'occupe Mc Bride. Il en rapporte un certain nombre d'observations, quelques-unes d'un diagnostic incertain, car il n'a pu les suivre jusqu'au bout. Il les compare aux descriptions données de l'hystérie auriculaire par les différents auteurs et il discute notamment l'article de Boulay et de Marc'hadour (*Annales*, 1904). Il estime que le diagnostic en est si difficile qu'il peut même n'être possible qu'après la disparition de la surdité. Pour soupçonner l'hystérie, il faut comparer les résultats obtenus par les épreuves auditives et l'examen objectif, peser toute contradiction, voir s'il y a amélioration subite de l'ouïe quand le malade s'intéresse à la conversation, si les épreuves auditives répétées donnent le même résultat, examiner s'il y a anomalie de l'audition. Il considère ces contradictions comme de meilleurs signes que les déductions tirées des épreuves auditives seules, par exemple d'une conduction osseuse absente. Et il conclut en disant : le diagnostic ne devient clair que s'il n'y a pas de pronostic, en d'autres termes, que si la guérison survient. A. HAUTANT.

Bruits auriculaires objectifs, par FOUT DE BOTER (*Revista Barcelonesa de Enfermedades del oïdo, nariz.*, etc., décembre 1906.)

L'extrême rareté avec laquelle on peut observer des bruits auriculaires objectifs, rend intéressantes les deux observations suivantes :

La première concerne une malade de 35 ans, nerveuse à l'excès et présentant depuis plusieurs années, en même temps qu'une surdité scléreuse, des bruits subjectifs qui ont fini par devenir continuels et intolérables, ainsi que des vertiges, des nausées et des vomissements. Une accalmie s'est produite quelques jours avant que la malade ne fût présentée à l'auteur, et c'est pendant cette période d'amélioration marquée par la disparition des bruits subjectifs et des vertiges, qu'on a entendu se produire les premiers bruits auriculaires objectifs. Ceux-ci se produisent par séries, toutes les deux ou trois minutes ; ils sont assez intenses pour être nettement perçus à quatre centimètres du pavillon, et donnent la sensation du craquement d'une membrane sèche et tendue, à tel point que si l'examen au spéculum n'avait point démontré l'immobilité du tympan, on aurait pu croire qu'il s'agissait de secousses du tenseur. Détail à noter : ces bruits disparaissent pendant le sommeil et augmentent sensiblement sous l'influence des émotions.

Seconde observation : Jeune fille 16 ans, développement normal, indemne de lésions naso-pharyngées, ayant cependant eu plusieurs otites exsudatives, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, otites qui ont toujours guéri spontanément, non sans avoir toutefois laissé derrière elles, une perforation de chaque tympan et un degré de surdité considérable. A chaque fin d'otite, les bruits objectifs apparaissent : ils sont clairement entendus à 30 centimètres de l'oreille et augmentent sous l'influence de la politzération. Ces bruits imitent le gargouillement des râles à grosses bulles. MOSSÉ.

L'oreille tabétique, par PAGÈS (*Revista Barcelonesa de Enfermedades, del Oido, nariz, y garganta*, décembre 1906).

Ces troubles de la fonction auditive se manifestent chez les tabétiques, par la diminution de l'acuité, qui peut être amenée à zéro et par des troubles subjectifs. Les vertiges ne sont pas rares ; ils sont parfois assez intenses pour entraîner la chute du malade et le signe de Romberg, n'est pas autre chose pour le Prof. Grasset, qu'un vertige tabétique. L'examen de l'oreille est le plus souvent négatif et l'exploration au diapason accuse tantôt une lésion de l'appareil de transmission, tantôt au contraire une lésion de l'organe récepteur. MOSSÉ.

Maladies de l'oreille, par Grant (*Clinical journal*, 19 octobre 1904, in *Therapeutic Gazette*, 15 février 1905).

L'auteur expose les règles à observer dans le traitement des corps étrangers de l'oreille ; il insiste sur la nécessité de bien examiner le conduit, et de ne pas essayer l'extraction du corps étranger à l'aveuglette, avec des instruments qui peuvent blesser le méat. Il recommande pour l'examen de l'oreille des petits enfants, d'attirer l'oreille en bas et en arrière, ce qui permet de voir facilement le fond du conduit et la membrane du tympan. Ce fait s'explique facilement par la disposition de cette dernière, et la conformation du conduit chez l'enfant. A. RAOULT.

Contribution à la question de l'hérédité de l'oto-sclérose, par Victor Hammerschlag (*Monatschr. f. Ohrenheilh.*, n° 6, 1906.)

Hammerschlag a démontré dans un article analysé dans les *Annales* que l'oto-sclérose (ou plutôt la surdité) a pu se manifester dans plusieurs générations de deux familles. Depuis cette publication, Hammerschlag a eu connaissance de deux autres familles dans lesquelles l'oto-sclérose ou la surdité s'est montrée dans les mêmes conditions. L'observation de ces deux nouvelles familles est aussi incomplète que les deux premières observations de l'auteur, et Hammerschlag s'en sert, pour entrer en polémique avec Körner. Le long travail de Hammerschlag est une sorte de dissertation philosophique sur la question de savoir si la nature de la maladie permet d'expliquer l'hérédité de la maladie. De nombreuses considérations philosophiques, de larges emprunts à la théorie de Weissmann sur l'hérédité constituent la base de ce travail dialectique. LAUTMANN.

Labyrinthite chronique ossifiante. Contribution à l'anatomie de la surdi-mutité, par Alexander (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 7, 1907.)

Il s'agit de la description détaillée d'un labyrinthe trouvé chez une femme sourde et muette, morte à l'âge de 71 ans. L'intérêt de cette publication consiste dans la rareté des descriptions anaogues. Le labyrinthe entier était ossifié, l'acoustique et la partie nerveuse du labyrinthe complètement atrophiés. L'ossification s'était même propagée par endroits sur des parties membraneuses du labyrinthe. Nous devons des descriptions analogues à Siebenmann, mais ces descriptions concernaient des cas de surdi-mutité congénitale.

Trois planches contenant de nombreuses figures accompagnent le texte. LAUTMANN.

Sur la recherche des troubles de l'équilibre dans les affections unilatérales du labyrinthe, par KROTOSCHINER (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, t. LI, n° 4).

Dans le service de Hinsberg, on essaye de déceler la présence d'une labyrinthite avant l'opération. Les cas de labyrinthite observés et opérés à la clinique de Hinsberg, et ayant fait le sujet d'un travail de Freytag, sont les mêmes dont s'occupera Krotoschiner dans son article, au point de vue du diagnostic seulement. Les examens de ce genre n'appartiennent pas encore à la clinique courante, et Krotoschiner nous présente d'abord la méthode de l'examen qui comprend : *a*) les épreuves de l'ouïe, qui se feront d'après les indications de Bezold, sur le diagnostic de la surdité unilatérale ; *b*) l'examen statique sur le plan horizontal ; *c*) sur le plan incliné ; *d*) la rotation active et la rotation passive. Nous ne résumons pas en détail ces méthodes universellement connues. De même, n'insisterons-nous pas sur l'épreuve dynamique, examen de la démarche, du saut du malade, connue aux lecteurs des *Annales* depuis la publication de von Stein.

Toutes ces expériences demandent de grands sacrifices de temps et de patience, et de la part du malade et de la part du médecin. Elles sont loin de récompenser cet effort. Pratiquement, on peut s'en tenir à peu près à ce schéma établi par Krotoschiner.

Epreuve de l'ouïe. — Si on a la gamme continuelle des sons, on établira le champ auditif, sinon on se contentera de prouver que le diapason à partir de a^1 en bas n'est plus entendu par l'oreille malade. On fera l'expérience de Lucae-Dennert. La durée de cet examen est d'une demi-heure à peu près. On fera ensuite *l'examen statique sur le plan horizontal* (malade sur deux pieds, sur un pied, sur la pointe du pied, etc.). Ensuite viendra l'*examen dynamique.* On commencera par faire sauter le malade en arrière, les yeux fermés. Par cette expérience le défaut de l'équilibre éclate le plus facilement, et par sa réussite une grosse lésion du labyrinthe n'est pas à supposer. Veut-on faire toutes les 62 expériences de Stein, il faut compter une heure et en prenant des ichnogrammes on mettra trois heures.

Le goniomètre ne donne pas des résultats certains, mais pourra être consulté également. De même *la rotation* n'a pas donné des résultats non controversés, mais pour l'étude de la question, les expériences devront être continuées. Tout dernièrement, on a fait

l'achat à la clinique de Hinsberg du *Plegemeter*, le nouvel appareil construit d'après Stein, qui n'a pas encore donné des résultats utilisables. LAUTMANN.

Le pronostic de l'ouverture opératoire du labyrinthe suppuré, par Freytag (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, t. LI, n° 4).

Hinsberg avait nettement formulé, en 1901, que l'ouverture du labyrinthe était une opération justifiable, et que les résultats obtenus engageaient à de nouvelles expériences. Malgré quelques avis contradictoires, les faits sont venus nombreux, à l'appui de l'opinion de Hinsberg. Freytag a collectionné tous les cas opérés à la clinique Hinsberg et essaye d'en tirer l'enseignement pratique. Avant d'aborder son sujet, il a groupé la littérature de la question sous les rubriques suivantes : 1° opérations sur le labyrinthe avec guérison, comprenant le plus grand nombre de publications ; 2° mort à la suite et 3° malgré l'opération sur le labyrinthe ; 4° mort à la suite d'une complication existant avant l'opération sur le labyrinthe ; 5° mort de cause indépendante de la labyrinthite suppurée ; 6° ouverture accidentelle d'un labyrinthe sain, et 7° opérations sur le labyrinthe avec issue inconnue.

La conclusion générale qui se détache de la lecture du travail ferait croire que l'ouverture du labyrinthe ne complique pas, dans de grandes proportions, les otites généralement graves, nécessitant cette opération. Sur 70 cas, par exemple, sur lesquels notre auteur s'appuie, un seul peut être retenu comme ayant été suivi de mort à la suite de l'ouverture opératoire du labyrinthe. Même l'ouverture intentionnelle du labyrinthe non infecté paraît être dénuée de danger. Sur 9 cas rangeant dans cette rubrique, aucun n'a été suivi de mort, quoique il y ait eu infection secondaire dans un cas.

Il est plus difficile de répondre à la question si, par l'opération, la labyrinthite existante peut être heureusement influencée. Or, à 67 cas guéris, 3 seuls peuvent être opposés comme suivis de mort, mais on ne peut établir aucun autre parallèle entre ce groupe de cas et celui de cas de labyrinthite suppurée et opérée seulement jusque dans l'oreille moyenne, par exemple, les cas ne se laissant pas comparer entre eux. Ainsi, Friedrich a trouvé que sur 24 cas du dernier groupe cité en exemple, 11 se sont terminés par la mort à la suite de la labyrinthite suppurée (jusque 50 %), tandis que si on attend la séquestration du labyrinthe suppuré et son exfoliation, on peut trouver une mortalité de 16,6 % (Gerber).

A la clinique de Hinsberg, on procède avant chaque opération à

un examen fonctionnel minutieux du labyrinthe, et on cherche, pendant l'opération, soigneusement les fistules du labyrinthe. Quand l'indication se présente, on ouvre le labyrinthe et malgré cette largesse d'indication on n'a pas eu à déplorer un seul cas de mort imputable à cette opération.

On peut donc conclure que l'opération sur le labyrinthe comporte peu de danger, et que par l'ouverture opératoire du labyrinthe le pronostic de la labyrinthite suppurée est amélioré.

En appendice, Freytag nous rapporte, très résumés, les nouveaux cas d'ouverture du labyrinthe qui sont à ajouter à la publication de son maitre, parue dans le n° 40 de la *Zeitsch. f. O.*

LAUTMANN.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques

Le Dr Moure, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être nommé Officier de l'Ordre d'Isabelle avec plaque en diamants. Cette haute et rare distinction est un témoignage de la reconnaissance royale décerné à notre éminent confrère dont la réputation d'habile opérateur a, depuis longtemps déjà, franchi les Pyrénées.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris

Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du faubourg Saint-Antoine

Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, Sous la direction de M le Dr Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, les Drs Paul-Laurens et Hautant, assistants du service, commenceront le, *Lundi 11 Novembre 1907*, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino laryngologique. Le cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de se faire inscrire d'avance, dans le service; auprès du Dr Paul-Laurens.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Prof. Onodi. — Der Sehnerv und der Nebenhöhlen der Nase (1 vol., 70 pages, avec 33 figures, A. Hölder, I Rotenturmstrasse, 13, Wien, 1907).

Théod.-W. Schaeffer. — The contamination of the Air of Our Cities with Sulphur Dioxid, the Cause of Respiratory Disease (Extr. de *The Boston medic. and Surgic. Journal*, 25 juillet 1907).

Prof. J. Habermann. — Uber Veranderungen der Gehörorgans bei der Hemicephalée Separatabdruck a. d. Festchrift für Prof. Chiari.

Dr Tapia. —Desenvolvimiento y estado actual de la Esofagoscopia y traqueo-bronquioscopia (*Rev. de médecine et de chirurgie pratique*, Madrid, 1907).

J. Solis Cohen. — Modern Procedures in Excision of Intrinsic malignant Growths of the Larynx (Extrait de *The Laryngoscope*, Mag, 1907).

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXIII. — N° 11. — Novembre 1907.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

TUBERCULOSE LARYNGÉE ET GROSSESSE

Par le Professeur **A. KUTTNER**, de Berlin.

Rapport à la Société allemande de laryngologie à Dresde, le 16 septembre 1907.

MESSIEURS,

Il y a maintenant juste six ans que j'ai attiré l'attention d'un grand nombre d'auditeurs de la *Deutschen Naturforscher Wersammlung*, sur l'influence des plus funestes qu'exerce la grossesse sur la tuberculose laryngée. Mais alors, le matériel disponible était trop petit pour pouvoir en tirer des conclusions définitives. A plusieurs reprises, je priai donc MM. mes collègues de publier des cas analogues. Cet appel fut entendu d'une manière digne de reconnaissance des différents côtés, de sorte qu'il m'était possible de vous rendre compte, il y a deux ans, à l'occasion de la première assemblée de la *Deutschen laryngologischen Gesellschaft*, à Heidelberg, de 100 cas critiques examinés, ce qui est un nombre respectable en comparaison de la rareté relative de ces sortes d'observations, pour donner sur beaucoup de points, mais pourtant pas sur tous, des explications suffisantes. Car, malgré la régularité effrayante du développement dans la plupart des cas, les auteurs ne pouvaient pas s'accorder autrefois et ne s'accordent pas encore aujourd'hui précisément sur la question la plus importante, c'est-à-dire sur la question de savoir si et à quelle condition la phtisie laryngée indique l'interruption de la grossesse. C'est pourquoi, à Heidelberg, M. le président de notre société me chargea de provoquer, en compagnie

de M. Löhnberg, par un rapport sur notre question, une nouvelle discussion dans la prochaine séance de notre Société.

La nouvelle statistique publiée sur ces entrefaites comprend 231 cas dont une partie est prouvée par des observations détaillées de ces maladies, tandis que d'autres auteurs tels que Juracz et Freudenthal sont plus sommaires sur leurs expériences. De ces 231 femmes, 200 moururent pendant la grossesse, ou peu après l'accouchement; seulement dans des cas particuliers, comme dans le cas Lennhoff, les malades vécurent encore six à neuf mois après l'accouchement. Mais, aucun doute qu'ici aussi la grossesse avait la signification d'une crise funeste pour le sort de la malade. Pendant la grossesse survint chaque fois l'altération critique qui annonçait la fin.

Seize femmes seulement survécurent, trois d'entre elles survécurent à l'accouchement seulement pour une année, une année et demie ; neuf furent sauvées par l'avortement artificiel, une par l'accouchement prématuré artificiel dans le septième mois, quatre par la trachéotomie, dont deux moururent environ une année, une année et demie après. En dehors du cadre de ce tableau général qui se compose d'expériences de différents auteurs prises dans différentes régions et dans différentes circonstances, il en sort une seule communication, celle de Barthas. Ce dernier a ressemblé 14 cas, dont, comme il le dit, 7, c'est-à-dire 50 °/₀, ont survécu à l'enfantement. Cette statistique offre un si grand contraste avec mes indications et celles des autres auteurs qui calculent la mortalité dans nos cas à 90 °/₀, qu'elle rejetterait toutes nos conclusions pronostiques et thérapeutiques précédentes, si elle avait raison en calculant la mortalité à 50 °/₀.

L'importance de la question dans laquelle il s'agit toujours de vies humaines, exige un examen détaillé du matériel actuel. Le résumé statistique d'un plus grand nombre de cas particuliers est le seul guide pour nos conclusions thérapeutiques et de fausses prémices nous conduiraient aux conséquences les plus fatales.

Je voudrais renoncer à la remarque que les chiffres de Barthas sont si faibles, qu'il soit possible que le hasard ait joué un rôle considérable. Car, si vraiment parmi ces quatorze

femmes appartenant à notre statistique, sept seulement ont supporté d'une manière satisfaisante la grossesse et l'accouchement, nous devrions alors, malgré la faiblesse de ces chiffres, soumettre notre opinion à une revision exacte. Mais, après un examen précis des cas de Barthas, je tiens que ceux-ci, contrairement à l'opinion de l'auteur, confirment notre manière de voir. Des quatorze femmes dont Barthas nous donne l'histoire, moururent d'après ses propres indications les nos 1, 4, 7, 10, 14, immédiatement ou peu après l'enfantement. Le cas 10 fut congédié de la clinique dans un état désespéré, comme Barthas le dit lui-même, sept semaines environ après l'accouchement. Bien que nous n'ayons pas de nouvelles plus précises au sujet de cette malade, il ne nous est pas possible de douter de sa mort quelques semaines après son renvoi. Nous avons alors 6 cas se terminant par la mort. Des 8 cas restants parmi lesquels, suivant les calculs de Barthas, six des malades survivantes doivent se trouver, il n'en n'est pas un seul, selon moi, à utiliser pour notre statistique. Je sais que ce que je dis ici est une critique sévère, mais l'importance de la question exige une indispensable clarté.

Les cas 2 et 9, d'après les indications de Barthas, ont été examinés une seule fois dans l'espace de quatre à sept mois. Comment la grossesse et l'enfantement se sont passés, ce qui est advenu de la mère et de l'enfant, l'auteur n'en sait lui-même rien. Il en résulte que ces deux cas sont inutilisables pour notre statistique.

Les conditions sont les mêmes pour le cas 6. Nous apprenons que, le 12 novembre 1903, une jeune femme de 22 ans, III Para, se présente à la clinique avec une voix un peu rauque. Elle annonce que l'enrouement a commencé avec la dernière grossesse ; l'auscultation prouve que la corde vocale gauche est infiltrée surtout dans sa partie la plus avancée. Dix-huit jours plus tard, le 1er décembre, les symptômes sont plus prononcés, les lésions ont évolué et l'on aperçoit la corde gauche épaissie et bourgeonnante. Ici encore pas un seul mot sur le sort ultérieur de la malade, pas un seul mot dans quel mois de la grossesse elle s'est présentée, si et quand elle a accouché, comment elle a subi l'accouchement. Comment est-il possible

d'utiliser l'observation de cette malade dans le sens indiqué par Barthas. Ici, on ne sait non plus si la malade a seulement vécu jusqu'à l'accouchement !

Le cas 3 fut visité seulement une fois en sept mois et montre une petite infiltration des cordes et de la partie postérieure de la paroi du larynx. L'enrouement a commencé pendant le sixième mois, les poumons semblent sains, on constate un peu d'infiltration des cordes et de la région interaryténoïdienne Les sommets paraissent indemnes. On m'accordera que ces indications sont un peu trop insuffisantes pour bâtir là-dessus un diagnostic sûr. Mais, ce qui est encore plus important, c'est qu'il n'y a rien d'autre de connu sur le cours de la maladie, que lors d'un enfantement normal, un enfant normal vint au monde. Encore pas un seul mot sur le fait de savoir si le diagnostic sûrement incertain est confirmé, pas un seul mot de ce qu'il advint de la mère et de l'enfant bien qu'il soit connu que justement le temps immédiatement après l'accouchement soit le plus dangereux. Si les autres auteurs se fussent aussi contentés de la communication que l'accouchement s'était passé normalement et qu'ils eussent arrêté là leurs observations, nous aurions eu alors une autre idée de la chose, mais pas une juste.

Le cas n° 8 n'appartient pas à notre statistique, car l'affection du larynx ne s'est pas manifestée pendant la grossesse, mais après l'accouchement.

Au cas n° 5, le sommet droit se trouve en première période.

Un enrouement durant depuis une année déjà s'est augmenté dès le troisième mois de la grossesse, le larynx montre un gonflement de l'aryténoïde qui porte à sa face antérieure une végétation en forme de papillome oblitérant presque complètement le larynx. Malgré ce gonflement remplissant le larynx presque complètement, la grossesse et l'accouchement se passent normalement. Immédiatement après l'accouchement, la tumeur a disparu sans aucun traitement ; seulement encore un épaississement de la paroi postérieuro et l'enrouement rappellent la physionomie de la maladie d'autrefois. Ce cas, aussi, n'appartient pas, selon moi, à notre statistique ; car, il ne s'agit pas ici d'une tuberculose diffuse du larynx dont nous

avons toujours parlé, mais, ou bien d'une tumeur tuberculeuse, et celles-ci sont bénignes, comme je l'ai montré plusieurs fois déjà, ou bien toute l'affection du larynx n'était pas de nature tuberculeuse, mais seulement la suite de troubles de circulation que nous avons observés fréquemment pendant la grossesse chez des femmes saines.

Chez les cas 12 et 13, les larynx n'ont jamais été examinés ; en outre, les observations ont été suspendues pour le 1er cas après dix, pour le 2e après huit jours. Qui garantit que les femmes ne soient pas mortes toutes deux après quatorze jours ? Je dois aussi protester, car ces 2 cas ont été enregistrés comme appartenant à la tuberculose du larynx sans qu'ils aient été soumis à une auscultation locale. Barthas s'appuie sur l'autorité de Dieulafoy qui tient que la plupart des laryngites catarrhales chez les tuberculeux sont de nature tuberculeuse. J'accorde sans contredit que le diagnostic d'une laryngite catarrhale au cours de la tuberculose pulmonaire puisse être faux, en conséquence d'une auscultation insuffisante et que les symptômes d'inflammation dans beaucoup de cas de cette espèce sont à attribuer à l'invasion de bacilles tuberculeux, d'où de véritables laryngites tuberculeuses. Mais, cela n'est pas valable pour tous les cas ; il ne faut pas oublier que chez beaucoup de tuberculeux le canal respiratoire supérieur est plus sensible que chez des individus sains, chez lesquels bien souvent les inflammations qui se produisent sont dues à l'influence de la température, de l'air poudreux ou enfumé, à l'emploi très fort de la voix et à d'autres qualités nuisibles, mais n'ont pourtant rien à faire avec l'infection tuberculeuse. Je ne peux accorder sur le fond de cette considération que deux malades comptent dans notre statistique comme « survivantes » et chez lesquelles aucun bacille tuberculeux n'ait été observé, chez lesquelles le résultat de l'auscultation pulmonaire n'est pas sûr (on dit de l'une d'elles que le sommet droit est suspect), chez lesquelles on n'a jamais fait d'examen laryngoscopique, mais, chez lesquelles tout le diagnostic bien plutôt est basé sur l'enrouement des malades. Il convient d'ajouter ici que l'observation fut, dans les deux cas, interrompue trop tôt.

La comparaison présente chez Barthas une tout autre forme à l'examen détaillé. Elle n'apporte pas pour notre statistique, comme Barthas le pense, 14 cas, dont 7, soit 50 %, n'éprouvent aucune aggravation du fait de l'accouchement, mais elle ne renferme que 6 cas qui soient utilisables pour notre statistique et de ces 6 cas il en mourut 5 peu après ou même avant l'accouchement et le 6e cas fut congédié de la clinique six semaines après l'accouchement dans un état désespéré.

En considération de cette contre-vérification de la publication de Barthas, ce que j'ai déjà indiqué dans mes communications précédentes, je dois encore une fois faire ressortir combien il est facile que le pronostic paraisse plus favorable dans nos classifications statistiques que ce qu'elles sont en réalité.

Il n'y a rien à changer à la réalité des cas mortels, qu'il s'agisse de la mère ou de l'enfant. Tout au plus, comme par exemple, dans le cas Rosthorn n° 3, la cause immédiate de la mort est bien plus dans les poumons que dans la maladie du larynx. Par contre, parmi les cas comptés sous le nom de « survivants » il se peut bien qu'il y en ait eu un ou deux où l'observation a été arrêtée trop tôt, où le diagnostic soit erroné.. Et cela peut arriver si facilement ! Nous savons tous que, bien souvent, chez des femmes tout à fait saines, il se développe pendant la grossesse des injections, des gonflements et d'autres œdèmes de la membrane muqueuse qui sont en dehors de leur effet purement mécanique, absolument inoffensifs et disparaissent après l'accouchement sans laisser de trace. Un tel aspect du larynx peut facilement entrer en ligne de compte quand il se rencontre chez une femme enceinte tuberculeuse, comme laryngite tuberculeuse, à tort bien entendu, et nous avons bien vite alors un cas de plus.

Scane Spicer a mis en doute la justesse du diagnostic dans une séance de la *Laryngologischen Gesellschaft* à Londres, dans laquelle Ch. Parker, H. Filly, L. Lark et Cl. Beale nous informeraient chacun d'un cas favorable. J'ai moi-même compté ces cas parmi la rubrique des « cas ayant évolué favorablement » car il m'était impossible d'avoir un jugement personnel de ces très courts rapports, et cela même au risque

d'obtenir une statistique plus rassurante que la réalité. En outre, les observations de Scane Spicer et de Félix Semon n'ont laissé aucun doute, car personne ne s'est fait d'illusion à Londres sur les chances de nos malades. Je dois dire un mot de la petite statistique de notre collègue Betz, de Mayence. Ce dernier avait eu l'amabilité de mettre à ma disposition 9 cas nouveaux, ce qui donne, avec les trois autres cas observés par Betz et publiés par moi dans mon dernier résumé, le beau nombre de 12. Le résultat qu'atteint M. Betz dans ses cas est excessivement favorable. De ses douze malades, il put en sauver deux, grâce à la trachéotomie, de telle sorte que l'une vécut encore une année et sept mois, l'autre trois à quatre ans. Chez trois autres, les symptômes laryngés ne se manifestèrent que dans les dernières semaines de la grossesse (trois à six semaines) et eurent une évolution rapide dans le peu de temps qui sépara leur apparition de l'accouchement, de sorte que l'une mourut environ une année plus tard, tandis que les deux autres se trouvent dans des états satisfaisants maintenant encore, l'une après treize mois, l'autre après trente mois. Chez une femme qui, déjà dans le deuxième mois, manifestait une sérieuse atteinte du larynx, il eut la bonne fortune de remettre la malade dans de si bonnes conditions qu'elle mourut seulement une année plus tard de la tuberculose.

Cette statistique rentre très bien dans le cadre de l'opinion que nous nous sommes faite jusqu'à présent, malgré son résultat relativement favorable ; elle montre que la trachéotomie est capable dans des cas particuliers de sauver une malade considérée comme presque perdue ; elle montre, en outre, qu'une maladie tuberculeuse du larynx qui se déclare pendant les derniers temps de la grossesse n'est pas si fatale ; elle nous montre encore que, parmi douze femmes, une eut la chance de se tirer d'affaire par ses propres ressources. Il importe de faire remarquer que ces femmes, de même que celles chez lesquelles la grossesse se passa sans incident, vivaient dans des conditions favorables de façon à éviter toute circonstance nuisible ; quelques-unes même attendaient le temps de leur délivrance dans des sanatoriums et dans les meilleures conditions possibles.

Les conditions, en ce qui concerne la mortalité des enfants, sont semblables à celles des mères. Plus d'un enfant échappant quelques jours ou quelques mois après la naissance à l'observation sont comptés parmi les « vivants », tandis qu'en réalité ils meurent quelques années après de dépérissement. Certainement le nombre des cas défavorables parmi ces sujets, même plus tard, lorsque l'enfance s'est écoulée heureusement, est relativement grand, de sorte qu'une petite fraction seulement atteint l'âge du développement complet.

Mais, en réponse aux postulats fondamentaux qui sont uniquement l'objet de notre discussion, il ne s'agit pas, selon moi, de savoir si notre statistique est de 1 ou de 2 % plus favorable ou non.

Le résumé fait jusqu'ici des expériences classées par les différents auteurs sous différentes conditions, qui sont aujourd'hui au nombre de 230 cas, ne laissent aucun doute que la mortalité des femmes atteintes de tuberculose diffuse du larynx, compliquée encore par la grossesse, est énorme (plus de 90 % environ) et que le chiffre de ces pertes indiquant le nombre des enfants nés dans de telles conditions, quoique pas aussi grand que celui des mères, est toutefois encore effrayant. Bien que pour des raisons faciles à comprendre des statistiques exactes sur la mortalité de ces enfants ne puissent être obtenues, on notera toutefois qu'à peine 30 à 40 % d'entre eux se développent assez pour arriver à un âge actif. Je répète encore que ces chiffres ne valent, bien entendu, que pour la classe la moins fortunée de la population, celle-là même où la tuberculose règne comme maladie populaire. Dans une classe plus élevée, le pronostic s'améliore quelque peu pour la mère, en même temps qu'il est sensiblement plus favorable pour l'enfant.

Les nouveaux cas ayant ainsi, comme nous l'avons vu, confirmé les vieilles expériences, les conclusions de la plupart des auteurs sont presque toutes les mêmes comme les thèses émises dans mes travaux précédents. Les conclusions suivantes devraient rencontrer une approbation générale.

1) La complication tuberculose laryngée et la grossesse est un fait relativement rare.

2) La tuberculose diffuse du larynx pendant la grossesse donne un pronostic des plus défavorables. Plus les premiers symptômes apparaissent tard, plus le pronostic est favorable. *Ceteris paribus.*

3) La mortalité des enfants est très grande pour ceux dont les mères ont souffert pendant la grossesse de la tuberculose laryngée.

4) Dans la classe plus fortunée du peuple, le pronostic pour les mères est un peu meilleur, pour les enfants réellement meilleur.

5) La thérapeutique locale et générale et le traitement dans les sanatoriums devraient être suivis de succès principalement pour des cas légers. Mais, lorsqu'il s'agit de maladies graves, comme nous le voyons dans la majorité des cas, la triste fin de la maladie n'est de cette façon que rarement conjurée.

6) Les tumeurs tuberculeuses du larynx ne montrent aussi pendant la maladie aucune tendance de dégénérer en forme diffuse ; elles sont relativement inoffensives.

Jusqu'ici tous les auteurs sont d'accord autant que je le vois. La nouvelle récapitulation apporte la clarté désirée sur un point jusqu'à présent obscur. Il y a deux ans encore je devais répondre à la question si vraiment une interruption artificielle de la grossesse pouvait donner à la malade la vie et la santé dans des cas déterminés, bien que, modestement en tout, nous n'avions jusqu'ici que 6 cas dont 3 seulement eurent le résultat espéré. Depuis lors, 6 cas nouveaux sont venus s'ajouter aux autres, plus encore un accouchement artificiel prématuré, au milieu du septième mois, que je peux aussi compter ici, et dans ces 7 cas, le résultat était bon. Je sais bien que ces nombres ne sont pas un triomphe, mais aucun insuccès ne diminue le succès de ces 7 derniers cas, et si des treize femmes dont on a interrompu la grossesse, dix furent sauvées, on doit alors, ce me semble, pouvoir certifier à bon droit que seule l'intervention médicale a sauvé la vie de quelques-unes de ces femmes. Et quand M. Pinard, de Paris, au Congrès de gynécologie de Rome, disait : Mais, existe-t-il un fait qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la

terminaison fatale? Je n'en connais pas, il considère peut-être ces chiffres comme la réalité qui lui a manqué jusqu'ici et corrige son opinion première.

En général, Messieurs, il peut me sembler que le sens principal de tout notre débat est que justement nous, laryngologistes, sommes appelés dans la discussion sur l'opportunité de l'avortement dans les différentes maladies à prévenir. Car dans aucune autre affection se manifestant en même temps telle que la tuberculose des poumons ou une affection du cœur et des reins, le chiffre de la mortalité est à peu près aussi grand et c'est pourquoi les circonstances ne sont nulle part aussi claires et aussi significatives que pour la tuberculose laryngée.

Mais, avant tout, nous devons être d'accord sur ce point et les opinions des auteurs divergent dans la question de savoir si et à quelles conditions la grossesse doit être interrompue dans la tuberculose diffuse du larynx.

Dans mes précédentes expositions, j'étais toujours parti de l'idée que dans toutes les délibérations orales et écrites, notre seul devoir serait, pour ainsi dire, de déterminer comme conclusion des documents recueillis des principes théoriques qui serviraient de guides pour nos décisions pratiques. Loin de moi l'idée de vouloir déduire une obligation formelle pour un cas particulier de notre statistique. Il est naturel, pourtant, qu'ici comme dans toutes les situations semblables, chaque cas de maladie exige un jugement individuel et justifie en même temps aussi un traitement particulier, ce qui veut dire, éventuellement aussi, en dehors du cadre du schéma ordinaire.

Je désirerais être compris dans ce sens si je classe tous les cas relatifs à la question en trois catégories :

1) La première catégorie comprend tous les cas où l'essai de sauver la mère paraît, dès le début, devoir rester sans succès. Ici, personne ne pensera à appliquer l'avortement; on essayera, au contraire, de mener à bien, c'est-à-dire à une fin normale, la grossesse en pensant à l'intérêt de l'enfant.

2) La deuxième catégorie comprend toutes les femmes où l'affection du larynx est si minime et l'état général si favorable

que l'on puisse s'attendre à ce que la femme ne subisse aucun dommage irréparable par la continuation de la grossesse. L'inflammation ou la tuméfaction d'une corde vocale, une infiltration modérée de la paroi postérieure, une petite perte de substance, ici ou là, en un mot une affection tuberculeuse toute superficielle, ne justifieraient pas l'indication d'un avortement. L'expérience nous apprend que de tels cas restent le plus souvent stationnaires. Il va de soi que ces cas insignifiants doivent être surveillés et traités avec le plus grand soin, car une plus grande extension du processus peût nécessiter de suite une intervention énergique devenue indispensable.

Les choses restent de même relativement favorables lorsque l'affection du larynx n'apparaît que dans les derniers temps de la grossesse. Ainsi, avec des foyers plus étendus, même s'ils occasionnent des douleurs assez vives à la déglutition, on peut voir que, comme le cas de Betz, avec un état général meilleur, ces douleurs disparaissent après l'accouchement. Mais ces troubles provoqués par l'affection du larynx ne doivent pas durer trop longtemps. A cette catégorie appartiennent encore les cas où une maladie s'est déclarée dans les derniers mois de la grossesse et où il ne s'agirait pas d'un avortement mais d'un *partus præmaturus*, et celui-ci exige, comme on le sait, tant de force de résistance de la part des femmes, que toutes moururent, sauf une seule exception, et ici, il s'agissait d'un fœtus de six mois et demi. Enfin il arrive encore par-ci, par-là, qu'une femme, où une affection sérieuse du larynx se déclarait au commencement ou au milieu de la grossesse, se remette si bien après l'accouchement qu'elle reste encore dans un état satisfaisant pendant des années. Nous avons à remercier MM. Landgraf, Seiffert et Betz pour la communication de tels cas qui sont en dehors de toute contestation.

3) La troisième catégorie comprend les femmes chez lesquelles une tuberculose laryngée ayant une tendance à se développer se déclare dans la première moitié de la grossesse, de sorte qu'une petite fraction seulement (moins de 10 %) surmonte les graves dangers de la grossesse et de l'accouchement. En envisageant ces faits réels, nous devons nous demander si

nous avons le droit d'interrompre la grossesse prématurément chez ces femmes lorsque nous avons la conviction qu'elles mourraient en suite du développement de la grossesse et de la tuberculose laryngée, tandis qu'une interruption habile de la grossesse donnerait l'espoir d'une guérison, ou tout au moins offrirait une amélioration satisfaisante de leur état. A ces raisonnements de pur principe et par conséquent un peu schématiques, aucun auteur, ce me semble, ne refusera son assentiment. Le législateur n'envisagera jamais, comme je l'ai montré dans ma dernière publication, comme une action punissable, un avortement fondé sur un examen de cette sorte, bien qu'on puisse avouer que les paragraphes de la législation se rapportant à de tels cas devraient être rédigés avec plus de précision. Ainsi que Freudenthal et moi nous l'avons montré, que pour des raisons confessionnelles on soit quelquefois de l'avis de laisser suivre aux choses leur cours et préférer laisser mourir misérablement une mère au lieu de sacrifier l'enfant, c'est regrettable au plus haut point naturellement, mais ces idées d'autrefois ne peuvent absolument pas avoir d'influence sur ce que nous dicte notre devoir.

Cette belle unanimité disparaît malheureusement aussitôt que nous cherchons à mettre nos théories en pratique. Oui, si l'on pouvait toujours dire avec sûreté que telle femme pourra supporter la grossesse et l'accouchement de ses propres forces, et que telle autre est irrévocablement perdue sans notre intervention, notre décision serait facile à prendre. Ce pronostic est dans notre cas bien difficile. Il est si difficile de dire si on pourra, par une interruption prématurée de la grossesse, sauver une femme et, si elle est sauvée, il nous reste un doute de savoir si la malade ne se serait pas aussi remise sans notre intervention.

Chacun se laisse alors guider dans ce domaine par sa propre expérience, si petite soit-elle ; l'un a assisté à un cas qui se passa heureusement, contre toute attente, et est pour cela incliné à restreindre autant que possible l'indication d'un avortement artificiel ; un autre vit une existence florissante qui paraissait saine jusqu'à la conception mais déclina aussitôt après le début de la grossesse et en peu de semaines et exige

énergiquement l'interruption immédiate de la grossesse pour chaque cas, en général, capable d'amélioration. Ainsi, mes conclusions exposées dans mon dernier discours furent attaquées de différents côtés, l'un les trouvait trop tièdes, l'autre trop radicales. Et je crois pourtant aujourd'hui encore, après avoir lu tous les travaux correspondants, avoir pesé toutes les propositions et avoir consciencieusement examiné leurs fondements, que celui qui jette un regard d'ensemble sans se laisser troubler par les mille destinées différentes de cas particuliers, en arrive à la conclusion suivante : comme nous l'avons vu dans plus de 100 cas, la tuberculose diffuse du larynx chez les femmes lors du commencement de la grossesse est un arrêt de mort pour plus de 90 $^{0}/_{0}$. Mais, ces femmes ont droit à la vie malgré l'enfant qu'elles portent dans leur sein, d'autant plus que plus de la moitié des enfants nés dans de telles conditions n'ont qu'une existence précaire. Et comme nous avons, sous la forme d'une interruption artificielle de la grossesse, un moyen en main qui est destiné à conjurer le danger, je considère non seulement comme notre devoir médical, mais aussi comme notre devoir moral, qu'il faut établir que la tuberculose laryngée pendant la grossesse constitue une indication de principe à l'avortement artificiel.

Ici, il ne faut certainement pas entendre que dans chaque cas particulier qu'on ne considère pas comme perdu, il faille préparer l'avortement. On aurait droit seulement à cela si la mortalité comprenait le 100 $^{0}/_{0}$, ce qui n'est pas le cas. L'expérience nous apprend plutôt que les mères en ressortent, dans beaucoup de cas particuliers, sans avoir fait le sacrifice de l'enfant, de sorte qu'il est de notre devoir impérieux de choisir ces cas et de faire tout notre possible pour sauver la mère et l'enfant. Je sais qu'il est énormément difficile de faire ici ce qui convient le mieux ; il paraît presque que l'incalculable soit de règle ; nous voyons, une fois, une femme qui déjà au commencement de la grossesse, présentant une sérieuse affection du larynx, surmonte tous les dangers, contre toute attente ; une autre fois, une affection qui à sa naissance méritait à peine notre observation prend, au cours du mois, un caractère menaçant et, ce qui est pire, sur ces entrefaites nous

avons perdu un temps précieux, de sorte que notre cliente est condamnée. Vraiment, Messieurs, une grave responsabilité pèse sur nous. Mais, quand de Bruine Ploos van Amstel, dans un travail excellent à tous les autres points, m'accuse d'augmenter pour les autres les difficultés de la décision à prendre, il se trompe. Ce n'est pas moi qui rends la décision difficile, les difficultés sont dans la chose même et les nier ou les éviter par une règle très générale n'est pas les supprimer pour cela. Ce serait, à mon avis, une grave faute de vouloir décréter, vu le triste résultat que montre notre statistique, chez toute femme enceinte capable d'amélioration et souffrant de la tuberculose laryngée, l'application de l'avortement. Nous n'avons pas à généraliser, mais à individualiser. Si difficile que ce soit, nous devons nous efforcer de conserver l'enfant là où la vie de la mère peut être sauvée sans interruption de la grossesse. L'état général de la malade, l'état de ses forces, le résultat de l'auscultation de ses poumons et de son larynx, le cours de sa propre maladie jusqu'à ce jour et éventuellement le cours de la maladie de ses proches parents et encore la situation sociale de la malade, tout cela et bien d'autres considérations semblables doivent nous aider à prendre une décision. J'accorde que, malgré toutes les précautions et tous les soins, il ne manquera pas de se trouver des erreurs et des déceptions, mais ceux-là mêmes qui exigent ou rejettent l'avortement ne doivent-ils pas compter aussi sur cela ? C'est pourquoi je crois que dans cette situation embrouillée nous répondons le mieux à nos devoirs médicaux et moraux en reconnaissant, comme je le disais dans ma dernière publication, l'interruption artificielle de la grossesse au cours de la tuberculose laryngée comme une indication justifiée en principe, avec la restriction qu'elle est seulement admissible si elle offre d'après l'état des choses la seule possibilité et aussi quelque probabilité de sauver la mère. J'ai déjà fait, à plusieurs reprises, ressortir que le devoir nous oblige dans de telles circonstances à fixer l'attention de chaque femme souffrant de tuberculose laryngée au grave danger qui s'attache à sa conception. Et l'expérience nous apprend que non seulement les femmes menacées d'une tuberculose floride du larynx sont en danger, mais aussi celles

chez lesquelles l'affection est complètement passée, et chez lesquelles le larynx étant libre depuis des jours et des mois, il arrive très souvent que celui-ci redevienne malade avec le commencement de la grossesse. Nous devons avertir ces femmes de prendre le plus d'égards possible.

MM. E. Baumgarten (Budapest) et Betz (Mayence) ont sciemment émis les mêmes idées à ce sujet. Notre collègue Baumgarten désirait qu'en présence de cette situation très triste, la *Deutsche laryngologische Gesellschaft* prît une résolution et la fasse connaître à toutes les Sociétés intéressées, afin que, de cette manière, la lumière pût parvenir jusque dans les cercles les plus vastes. Pour une raison purement pratique, la *Deutsche laryngologische Gesellschaft* devait renoncer à prendre une telle résolution, bien qu'elle soit absolument d'accord sur le fond même de la proposition. Je l'aurais personnellement saluée avec joie s'il avait été possible de répondre à la proposition de Baumgarten d'une manière utile. Je sais par ma propre expérience que ces faits réels, qui pour nous, laryngologues, sont très familiers, sont dans les cercles plus éloignés très peu connus. M. Betz partant de la même opinion conseille d'exécuter chez les femmes menacées la castration tubaire, afin de les préserver efficacement. La question de savoir pourquoi la grossesse avait une influence si funeste, principalement sur l'affection tuberculeuse du larynx, a été dernièrement beaucoup discutée. Barthas pensait que la liaison physiologique entre l'appareil génital et le larynx joue un grand rôle. Je ne crois pas que cette supposition soit juste. Ne devrions-nous pas sans cela, chez le plus grand nombre de femmes enceintes, trouver une participation beaucoup plus grande de tuberculeuses. Et cependant beaucoup d'accoucheurs assurent qu'ils ont des centaines de tuberculeuses enceintes, et bien plus rarement en somme une femme enceinte atteinte d'une affection tuberculeuse du larynx. Je crois plutôt que l'altération de tout l'organisme qui est le fait de chaque grossesse est la cause du changement de la circulation et de la respiration, des faiblesses résultant de vomissements, de la nourriture, du sommeil insuffisant qui se font sentir comme moments prédisposés aussi pour le commencement de la m

ladie du larynx, et si la grossesse influence justement la tuberculose laryngée et bien plus souvent que toute autre maladie, c'est certainement par les circonstances purement locales du foyer de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

I. Barthas. — Rapports de la tuberculose laryngée et de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1907.

II. Bonnaire E. — De l'influence de la puerpéralité sur la tuberculose. *Presse méd.* 1905, I. 539.

III. — De Bruine Ploos van Amstel. — Phtisis pulmonum and abort. provocat. *Brauers Beitr. z. Klin. d. Tbr.* vii. 2.

IV. Castex A. — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*, Paris 1907, p. 172.

V. Eich. — Frage d. künstl. Abortus b. Phtisis pulmonum. *Inaug. Diss. Marburg*. 1904.

VI. Felix E. — Tuberculose laryngée et grossesse. *Annal. d. malad. de l'oreille*, etc., 1906, n° 2.

VII. Freitag G. — *Ueber d. künstl. Unterbrechg. d. Schwangersch. weg.* Tbk. I. D. Breslau, 1906.

VIII. Freudenthal. — *Ztschr. f. Tuberk.* Bd. 11 H. 5.

IX. Freund H. W. — *Winckels Hdb ch f. Geburtshilfe.* Wiesbaden 1904, 11. Bd. 1. Th. p. 596.

X. Friedmann. — Untersuchgen über Vererbung von Tbk. *Deut sch. med. Wochenschr.* 1901.

XI. Frischbier G. — D. Einfluss von Schwangersch. Entbind. u. Wochenbett auf. d. Lugen-u. Kehlkopftbk. I. D. 1906, Freiburg i. B.

XII. Jaffé. — Ueber d. Indicationen z. künst l. Abort. *Ztribl. f. Gynäk.* 1894.

XIII. Jurasz. — Discuss. z. d. Rosthornsch. Vortrag. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Bd. 23 H. 5, p. 731.

XIV. Kikuth. — Ehe, Tuberkuloss et Schwangersh. *Ztrbl. f. Gynäk.* 1905, N° 18, St-Petersburg. Wochenshr. 1904, n° 40.

XV. Kleinwarchter. — Abortus. Eulenburgsch. Real-Encyclopedie, 3, Aufl. Bd. 22, p. 161.

XVI. Kleinwarchter. — D. künstl. Unterbrechg. d. Schwangerschaft. *Wioner Klinik*, 1887 H. 8. 9.

XVII. Kleinwarchter. — D. künstl. Unterbrechg. d. Schwangerschaft. *Wiener Klinik*, 1902.

XVIII. Koppe. — Eine seltene Indication d. künstl. Frügeburt. *Stribl. f. Gynäk.* 1887, p. 133.

XIX. Kuttner A. — Larynxtuberkulose und Gravidithèt. *Arch. f. Laryng.* B. 12, H. 3.

XX Kuttner A. — Ist die Kehlkopftuberkulose als eine Indication zur künstl. Unterbrechung d. Schwengerschaft anzusehen ? *Berl. klin Wochenschr.*, 1905. n° 30.

XXI Kuttner, E. Meyer, Alexandier Rosenberg. — *Verhale. Berl. laryng. Ges.* 1905, 20. Jan. pg. 1-4. *Berl. klin Wochensohr.* 1905, pg. 1261.

XXII. Lennhoff. — *Vehdlg. d. Berl. laryng. Ges.* 1906, 26. an. et 9. *Febr. Berl. klin. Wochenschr.*, 1906, p. 1255 et 1289.

XXIII. Levinger. — Schwangerschaft et Kahlkopftok. *Münch. med. Wochenschr.* 1906, N° 23.

XXIV. Loehnberg. — Die Kehlkopfschwindsucht d. Schwangeren. *Münch. med. Wochenschr.* 1903, n° 8.

XXV. Loehnberg. — Weiterer Beitrag zr. Kehlkopfschwinds. d. Schwangeren et zr. Frage d. künstl. Abort. *Münch. med. Wochenschr.* 1905, N° 7.

XXVI. Lomer — Ueber künstl. Abort. b. Allgemeinerkrankungen. D. Frauenarzt 1894. *Stribl. f. Gynäk.*, 1894.

XXVII. Parker Ch., H. Tilley Lamb. Lack, Clifford Beale *Internat. Ctrbl. f. Larynx*, etc. 1905, pg. 31-32.

XXVIII. Pinard. — IV. *Internat. Congr. f. Geburtsch. et Gynäkol z.*, Rom , 1902.

XXIX. Pradella C. — Zur Frage O. künst, l. Unterbrechg. c. Schwangerschaft wagen Lungentuberkulose. 1. D. Basel, 1906.

XXX. Reiche F. T. — Tuberkulose u. Schwangerschaft. *Münch. med. Wochenschr.* 1903, n° 28.

XXXI. Rosthorn A. — Tuberkulose U Schwangerschaft. *Monatsschr. f. Geburtsh. et Gynäkol.* Bd. 23, H. 3, p. 581.

XXXII. Ruge. — Ueber d. künstl. Unterbrechg. d. Schwangersch. wegen stark. Erbrechen u. Schwinds. *Berl. klin. wochenschr.* 1905, n° 33.

XXXIII. Veit I. — Tuberkulose u. Schwangerschaft. Therap. d. Gegenwart 1906, p. 481.

XXXIV. Wehier P., Schroeder u. Blumenfeld. — *Handbech, d. Therap. chron. Lungenschwindsucht.* — Leipzig, 1904, Abt. III, p. 784.

II

SÉQUESTRATION PRESQUE TOTALE DES DEUX ROCHERS CHEZ UN ENFANT (1)

Par **M. LANNOIS**

Au Congrès international de 1904 à Bordeaux, M. P. Cauzard a rapporté une très intéressante observation de carie des deux rochers chez un jeune homme de 18 ans qui succomba à de la tuberculose peu de temps après l'intervention. Chez ce malade, on avait enlevé toute la partie pétreuse de la base du crâne de telle sorte qu'un stylet pénétrant par la plaie opératoire à droite venait sortir par la plaie du côté opposé. C'est ce que l'auteur a appelé la *transfixation endocranienne mastoïdienne*.

C'est d'un cas de cet ordre que je voudrais entretenir un instant la Société. Il s'agit d'un enfant actuellement âgé de 3 ans et demi, qui présentait une double suppuration datant d'un an lorsqu'il fut opéré, qui avait éliminé spontanément au lavage ses deux marteaux, puis un étrier, et chez lequel une double intervention permit d'enlever les deux rochers jusqu'à la pointe. L'enfant, qui était sourd-muet et qui présentait une double paralysie faciale, guérit parfaitement et survit encore actuellement, bien que son état soit assez peu satisfaisant, plus de six mois après l'intervention.

Voici d'ailleurs son observation détaillée.

Pierre X., 27 mois, m'est adressé le 20 mars 1906 par le Dr Rolland, de Roanne. Il a eu une broncho-pneumonie grave en avril

(1) Communication à la *Société française d'otologie et laryngologie*, mai 1907.

1905 à laquelle il a failli succomber. Il est probable que ses oreilles ont commencé à couler à cette époque, mais l'enfant n'étant pas avec ses parents, il n'a été soigné qu'au mois de septembre par le Dr Caponi qui a enlevé des polypes, cautérisé à l'électricité, prescrit des bains d'alcool, etc.

L'enfant est totalement sourd et muet : les quelques acquisitions qu'il avait faites avant la broncho-pneumonie ont disparu. Il présente des signes évidents de paralysie faciale droite, probablement récente car on ne s'en est pas aperçu dans l'entourage.

Les oreilles sont pleines de pus et *les deux marteaux viennent spontanément au lavage*, celui de gauche avec un petit polype appendu à son extrémité [1].

La caisse est pleine de fongosités que je cautérise vigoureusement à l'acide chromique Instillations de protargol.

J'explique aux parents que l'ablation des osselets cariés peut amener une modification, mais que si celle-ci n'apparaît pas rapidement, on devra au bout de quinze jours faire une intervention sur les mastoïdes.

Je ne revis l'enfant que le 17 octobre suivant. L'écoulement a persisté avec une grande abondance et la mère dit que deux fois elle a eu au lavage de petits fragments d'os qui ont été malheureusement perdus.

Il existe une *paralysie faciale double* qui remonte vraisemblablement à quatre mois, car il s'est produit à ce moment des troubles de l'alimentation : les lèvres restaient immobiles et même éversées au dehors et la bouche, dit la mère, paraissait trop petite pour les aliments; ils ressortent au dehors et l'enfant les maintient avec la paume de la main. La face reste impassible et le masque ne traduit ni joie ni douleur : s'il rit, on entend une sorte de petit gloussement pharyngé. Les yeux restent ouverts pendant le sommeil.

Au lavage, *élimination spontanée de l'étrier gauche* qui paraît intact. Il s'ensuit une petite hémorrhagie.

Les parents sont cette fois décidés à l'*intervention qui est pratiquée le 19 octobre*, d'abord sur le *côté gauche*.

Bien qu'il n'y eût rien d'extérieur sur l'apophyse, que la pression ne fût pas douloureuse, aussitôt l'incision faite, on trouve un gros séquestre sec qui occupe toute l'apophyse, sauf la pointe, et qui empiète nettement sur l'écaille du temporal. Il est relative-

[1] Ces osselets ainsi que les pièces auxquelles il est fait allusion plus loin sont présentées à la *Société française*.

ment facile de le libérer, ce qui met aussitôt la dure-mère à nu sur une assez large étendue. On constate d'ailleurs qu'il s'enfonce dans la profondeur, comprend la paroi postéro-supérieure du conduit et le mur de la logette, enfin qu'il est creusé à sa face profonde d'une cavité arrondie qui correspond sans aucun doute à une portion du labyrinthe.

On enlève ensuite facilement deux petits séquestres libres et un gros séquestre qui occupe toute la cupule formée par la corticale de la pointe de l'apophyse.

A ce moment je constate qu'au fond du clapier, il existe un très gros séquestre un peu mobile que je finis par enlever, non sans trembler à chaque instant de voir la carotide se rompre ! *Cet énorme séquestre est constitué par la majeure partie de la pyramide rocheuse :* on reconnaît facilement la paroi supérieure et une grande étendue de la paroi postérieure. Le nettoyage est complété par l'enlèvement de petits fragments irréguliers venant très certainement de la pointe du rocher.

A ce moment on se trouve en présence d'une énorme cavité qui confine au pharynx, dont la paroi supérieure est formée par l'hémisphère cérébral et la paroi postérieure par le cervelet, dans laquelle on voit le sinus dénudé et on sent battre la carotide.

L'enfant paraissant mal respirer, ce qui pouvait tenir à une action directe sur la protubérance, l'intervention fut arrêtée là. Les suites furent très simples, sans aucune élévation de température (37°), mais le soir le pansement et l'oreiller étaient inondés par un liquide clair, à peine teinté de sang, qui ne pouvait être que du liquide céphalo-rachidien. Le pansement fut seulement renforcé.

Premier pansement le 22 octobre : la plaie est en bon état, l'état général excellent, la température oscille entre 37°,2 et 37°,5.

Deuxième intervention, à droite, le 26 octobre. — Comme de l'autre côté on trouve un gros séquestre sec, mais d'aspect plus jaune et un peu plus humide, qui est également formé de la majeure partie de l'apophyse, de la partie postérieure du conduit auditif externe et d'une notable portion de l'écaille du temporal : la pointe de l'apophyse est indemne. Vaste cavité pleine de fongosités et de séquestres qui sont pour la plupart méconnaissables. Lorsque tout est bien curetté, on constate la même cavité que de l'autre côté : il n'y a plus ni fosse cérébrale moyenne ni fosse cérébelleuse, mais une vaste poche où on sent partout battre le cerveau et le cervelet.

Les suites furent aussi simples que de l'autre côté : il ne se pro-

duisit pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien : il y eut un peu d'agitation, mais pas de fièvre (37°,6).

Quelques jours après, l'enfant était emmené dans sa famille et les pansements ultérieurs furent faits par notre confrère Caponi. Soit par lui, soit par les parents de l'enfant, j'ai eu des nouvelles à diverses reprises. La guérison évolua sans encombre et, actuellement (mai 1907), la plaie est fermée depuis longtemps à gauche où il n'y a plus de suppuration et il persiste une petite fistule sans importance derrière l'oreille droite.

Mais l'état de l'enfant est précaire, cela pour deux raisons. La première, qu'il s'alimente avec beaucoup de difficultés : les muscles de la face commencent à subir une rétraction secondaire par contracture, de sorte qu'on ne peut plus lui faire prendre que des aliments liquides.

La deuxième a trait à son état général. Cet enfant est très vraisemblablement tuberculeux. A vrai dire, il n'y a pas de tuberculeux dans sa famille ; sa sœur aînée a été opérée à six mois d'une ostéomyélite du fémur gauche qui ne paraît pas avoir été tuberculeuse ; il a une autre sœur bien portante ; enfin un fragment de fongosité recueillie lors de la deuxième intervention a été inoculé, le 26 octobre, sous la cuisse d'un cobaye qui a succombé le 18 novembre sans présenter de traces de tuberculose. Mais toutes ces raisons cèdent devant ce fait que, pendant son séjour à la maison de santé, le petit malade a présenté de la raideur de la jambe droite avec demi-flexion de la cuisse, etc., et que le Dr Nové-Josserand n'a pas hésité à le considérer comme atteint de coxalgie tuberculeuse et à l'immobiliser dans un appareil plâtré (1).

Cette observation est évidemment intéressante à plus d'un titre. On peut tout d'abord faire remarquer la tolérance des tissus mous recouvrant les apophyses qui ont pu se trouver si longtemps en contact avec un gros séquestre sans trace de réaction. Cette même absence de réaction n'est pas moins remarquable en ce qui concerne les méninges dont la face ex-

(1) Actuellement octobre 1907), c'est-à-dire près d'un an après l'intervention, l'enfant est encore vivant et guéri de sa double opération, mais sa déchéance intellectuelle est complète : il est réduit à une vie purement végétaline. La coxalgie s'est précisée.

terne baignait littéralement dans le pus : et cependant cette surface externe était lisse et sans granulations.

L'étendue de la carie osseuse est également surprenante. Nous savons bien maintenant, grâce aux travaux des anatomistes, de Mouret entre autres, qu'il existe dans la pyramide du rocher de nombreux groupes cellulaires, un canal pétro-mastoïdien, etc., par lesquels la suppuration pénètre plus facilement qu'on ne le croyait jadis. C'est par ce mécanisme que s'expliquent les suppurations labyrinthiques et péri-labyrinthiques qui peuvent aboutir à la séquestration plus ou moins étendue de l'oreille interne. C'est par ces cellules que la suppuration peut se propager jusqu'à l'extrême pointe du rocher, comme l'ont vu certains chirurgiens auristes et notamment Goris. Mais des séquestrations aussi étendues n'en restent pas moins d'exceptionnelles raretés.

Il est vraisemblable qu'il faut pour leur donner naissance des conditions qui se trouvent rarement réunies, au premier rang desquelles il faut mettre la tuberculose. Elle existait chez le malade de Cauzard et nous avons vu les raisons que nous avions de l'admettre chez notre petit opéré.

Faisons remarquer en dernier lieu la facilité avec laquelle s'est faite la guérison opératoire : l'écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien lui-même n'a pas été une cause de complication, bien qu'il y eût manifestement, soit au niveau d'un nerf, soit au niveau de quelque autre point lésé par une arête de séquestre, une éraillure par laquelle l'infection aurait pu gagner les méninges molles. Malheureusement, l'intervention ne pouvait faire disparaître les lésions de la septième paire ni rendre l'audition à notre petit malade !

III

DE L'HÉMIPLÉGIE PALATO-LARYNGÉE

Par **Félix ROSE**, chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris.

et

Fernand LEMAITRE, assistant adjoint d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière.

L'hémiplégie palato-laryngée, isolée ou associée à la paralysie d'autres nerfs crâniens du même côté est un des hémisyndromes bulbaires les plus fréquents. L'association de la paralysie du voile du palais et de la paralysie de la corde qui, il y a une quinzaine d'années, semblait encore paradoxale aux auteurs, croyant sur la foi de Longet que le facial innervait le velum, est aujourd'hui un fait presque classique (¹). L'expérimentation, la première a fait justice du dogme de l'innervation du voile par la septième paire que Longet avait d'ailleurs admise pour des raisons purement théoriques et en contradiction avec ses propres expériences. La pathologie est venue confirmer cette manière de voir en fournissant les nombreuses observations de paralysie faciale sans participation du voile (Raymond, Gowers, etc.), de paralysie du voile avec intégrité du facial (Lermoyez) ainsi que les deux cas si intéressants d'agénésie de l'os temporal et du nerf facial, sans le moindre trouble dans la motilité du voile (Marfan et Armand Delille, Souques et Heller).

Une de nos observations (Obs. I) pourrait d'ailleurs, s'il en

(¹) M. Lermoyez. — « De la non-ingérence du facial dans la paralysie du voile du palais » (*Bull. et mém. de la Soc. fr. d'otologie*, 1898).

M. Lermoyez. — Les paralysies du voile du palais et le nerf facial (*Presse médicale*, 7 mai 1898, p. 241-243).

était encore besoin, montrer comment ont pu être rapportés certains cas d'association de paralysie faciale et de paralysie vélo-palatine : Un homme, à la suite d'un traumatisme léger au niveau de la conque droite voit survenir presque aussitôt une paralysie faciale droite avec troubles de la déglutition et de la phonation ; l'examen physique permet de constater une paralysie du voile des plus nettes, du côté droit. Cette observation, publiée il y a plusieurs années, alors que l'examen laryngologique n'était pas systématiquement pratiqué dans tous les faits de ce genre, aurait vraisemblablement augmenté le nombre des cas de paralysie faciale avec participation typique du velum : elle aurait permis de localiser le siège de la lésion en deçà du ganglion géniculé ; en réalité, la corde vocale droite participe au syndrome : il s'agit d'une hémiplégie palato-laryngée avec paralysie faciale.

Mais cette constatation n'a qu'un intérêt rétrospectif ; depuis les travaux de Rethi, Grabower, Schmidt, Avellis et surtout les deux articles de Lermoyez, il est, en effet, admis d'une façon générale que le voile du palais et le larynx tirent leur innervation d'un même amas de substance grise qui s'étend sur toute la longueur du bulbe et donne naissance aux fibres motrices du pneumogastrique et du spinal. Mais les opinions divergent sur la question suivante : est-ce la dixième ou la onzième paire qui fournit les fibres de la corde vocale et de la musculature du voile du palais, à l'exception, bien entendu, du péristaphylin externe dont l'innervation par le ganglion otique du trijumeau n'est, depuis longtemps, contestée par personne. Les uns, comme Grabower, Schwalbe, Onodi, etc., en tiennent pour le pneumogastrique ; les autres, comme Beevor, Semon, Horsley, Spitzka, attribuent l'innervation palato-laryngée à la onzième paire ; ceux-ci, reprenant l'ancienne expérience de Claude Bernard de l'arrachement de la branche interne du spinal, concluent que le spinal seul innerve le voile du palais et le larynx ; certains ajoutent même l'estomac et le cœur, de sorte que l'on peut vraiment se demander ce qui reste au pneumogastrique. Enfin, à côté de ces deux opinions extrêmes, prend place l'opinion des éclectiques comme Vulpian et Stein ; Vulpian signale à la fois les filets radiculaires inférieurs de la

dixième paire et les filets radiculaires supérieurs de la onzième paire comme présidant à la motilité palato-laryngée ; il pressent combien est arbitaire la frontière établie entre le spinal et le pneumogastrique, tels que les comprennent les classiques depuis Scarpa. Pour Lermoyez, tout le malentendu réside dans l'opinion que les auteurs se font de la personnalité anatomique de ces deux nerfs et s'efface dès que l'on interprète leurs résultats en rénovant la conception de Willis, en rattachant au pneumogastrique les racines bulbaires du spinal qui devient ainsi un nerf purement médullaire. De cette façon, tous les expérimentateurs, dit Lermoyez, seraient d'accord sur ce fait que le voile du palais reçoit presque toute son innervation du pneumogastrique.

En réalité, le problème n'est pas complètement résolu. D'une part, si la majorité des auteurs font retour à la conception de Willis (Grabower, Rethi, Lermoyez, von Gehuchten), certains, comme Desvernine, conservent à la onzième paire son entité anatomique ; cet auteur reprend les conclusions de A. Schmidt en donnant à l'appui des faits anatomiques et cliniques et deux observations tératologiques (Lee et Desvernine) ; les racines bulbaires du spinal innerveraient, pour cet auteur, le voile et le larynx à l'exception du crico-aryténoidien postérieur (du dilatateur) qui recevrait ses filets, comme le trapèze et le sterno-mastoïdien de la racine cervicale du spinal : le spinal bulbaire serait le nerf phonatoire, le spinal médullaire, le nerf respiratoire.

D'autre part, en admettant la conception de Willis, la question se pose à nouveau : quelles voies empruntent les filets moteurs qui, du bulbe, se rendent au voile et au larynx ?

Du ganglion plexiforme, une partie des filets descend dans le tronc de la dixième paire pour former les deux laryngés, l'autre partie quitte aussitôt le ganglion pour former le nerf pharyngien, lequel va lui-même constituer le plexus destiné au voile du palais ; tout le monde est d'accord sur ce point. Mais pour se rendre du bulbe au ganglion plexiforme, deux voies s'offrent à ces filets moteurs : les racines supérieures du pneumogastrique (ci-devant simplement racines du pneumogastrique) et les racines inférieures du pneumogastrique (ci-

devant racines bulbaires du spinal). De nouveau, la discussion s'engage entre les auteurs : Grabower, Rethi, Lermoyez pensent que les filets passent par les racines inférieures du pneumogastrique, ce qui est, au fond, l'opinion ancienne de Cl. Bernard.

Van Gehuchten et ses élèves arrivent à des résultats inverses par l'étude des dégénérations nerveuses secondaires et des dégénérescences cellulaires rétrogrades : ils sont, eux aussi, partisans de la conception du vago-spinal à la façon de Willis ; mais pour eux, les filets moteurs du voile et du larynx, nés de la partie inférieure du noyau dorsal du X, empruntent pour gagner le ganglion plexiforme les racines supérieures du vago-spinal ; seuls, les filets du thyro-aryténoïdien externe cheminent dans les racines inférieures : ce sont les seuls filets laryngés qui dégénèrent à la suite de la section du tronc du spinal au moment où ce dernier aborde le trou déchiré postérieur. Ainsi, la question de l'innervation motrice du voile du palais et du larynx n'est pas encore définitivement tranchée.

Quant à l'innervation sensitive, tout le monde s'entend pour l'attribuer au pneumogastrique pour le larynx et le pharynx et à la cinquième paire pour le voile du palais ; le glosso-pharyngien qui participe à la formation du plexus pharyngé aurait un rôle purement réflexe.

Pour notre part, la question de l'innervation du voile et du larynx par le spinal ou le pneumogastrique ne présente pas un intérêt capital ; ce qu'il nous importe de savoir, c'est d'abord que le tronc du pneumogastrique extra-crânien innerve la moitié du larynx par les deux laryngés, et la moitié du voile du palais et du pharynx par ses deux rameaux pharyngiens, ensuite que l'atteinte des racines motrices du pneumogastrique et des racines bulbaires du spinal simultanément produit une paralysie dans le domaine de ces organes. De même, au niveau du plexus brachial, nous connaissons le territoire de chacune des racines constituantes et de chacun des nerfs efférents, sans porter plus d'attention qu'elles n'en méritent aux branches anastomotiques qui constituent le plexus à proprement parler. Au point de vue pratique, thérapeutique, celui auquel il faut toujours songer en médecine, il s'agit, pour ce qui nous concerne,

d'un très petit espace de la base du crâne, et c'est surtout par les signes coexistants, comme nous le verrons, que l'on fera le diagnostic de la nature de la lésion.

*
* *

Nous avons eu l'occasion d'observer dans les services de nos maîtres, le Prof. Raymond et le Prof. agrégé Sebileau, 5 cas d'hémiplégie palato laryngée dont trois sont inédits. Des deux autres, l'un a été publié à deux reprises ; nous en rapportons l'évolution pendant ces deux dernières années ainsi que l'état actuel ; l'autre paraîtra *in extenso*, en même temps que cet article, sous la signature de MM. Raymond et Lejonne dans l'*Iconographie de la Salpêtrière*. Ces cinq malades sont tous venus consulter surtout pour des troubles de la parole ; plusieurs, parmi eux, ont nécessité un examen prolongé et minutieux avant qu'il ait été possible de poser un diagnostic. Etant donnée la rareté relative de ce syndrome hémiparalytique, nous avons pensé qu'il serait intéressant de relater ces cas, et, par la même occasion, nous avons cru utile de faire une étude de ce syndrome si variable au point de vue étiologique et anatomique, les lésions pouvant être d'ordre périphérique, radiculaire, intra-bulbaire, et sus-nucléaire.

HÉMIPLÉGIE PALATO-LARYNGÉE PAR LÉSIONS PÉRIPHÉRIQUES

Les cas de ce genre sont rares ; pour que le syndrome soit réalisé, il faut, en effet, que le nerf vago-spinal soit lésé entre son émergence au niveau du trou déchiré postérieur et la partie moyenne du ganglion plexiforme d'où s'échappe le nerf pharyngien inférieur, le nerf pharyngien supérieur naissant en général du pôle supérieur du ganglion plexiforme ; or, ce ganglion qui se présente sous la forme d'un fuseau allongé d'une longueur de 15 millimètres environ, commence au-dessous du trou déchiré postérieur ; c'est donc sur une étendue de 2 cen-

timètres que doit porter la lésion atteignant le vago-spinal pour déterminer une hémiplégie palato-laryngée. D'autre part, à ce niveau, le nerf est peu exposé aux traumatismes, abrité par la toiture que lui forme la base du crâne, d'où émane l'apophyse styloïde, profondément situé en pleine région sous-glandulaire postérieure [1], dans un espace prismatique et triangulaire, limité en arrière par le grand droit antérieur (base du triangle) latéralement par la carotide interne en dedans et la veine jugulaire interne en dehors ; c'est ce triangle que le vago-spinal se partage avec le glosso-pharyngien, l'accessoire, l'hypoglosse et le grand sympathique, sans oublier les ganglions lymphatiques profonds, ganglions profonds de la face de Krause, qui ne sont autres que la partie toute supérieure de la chaîne jugulaire.

Le plus souvent, en effet, le syndrome est réalisé par des lésions ganglionnaires de la région latérale du cou : ganglions tuberculeux, néoplasmes parfois d'origine indéterminée, souvent néoplasmes secondaires à des cancers pharyngo-laryngés. Le voisinage de la parotide semble n'avoir aucune influence sur la production du syndrome palato-laryngé que les Traités classiques ne signalent pas dans les tumeurs mixtes ou épithéliales de cet organe. Quant aux traumatismes de la région, balle de révolver, coup de couteau, ils semblent agir plus souvent par compression sanguine que par section nerveuse ; enfin dans certains cas, il faut incriminer les lésions inflammatoires ou toxiques.

Dans les cas de tumeur, le syndrome s'installe rarement d'emblée ; tontôt la corde, tantôt le voile commencent à être paralysés. Ainsi, dans le cas de Le Meur (dû à Bellin), le malade vint consulter pour une hémiplégie palatine et on fit le diagnostic de tumeur pharyngienne profonde probable, en se basant sur un œdème du bourrelet tubaire et sur l'existence d'une adénopathie de la région carotidienne. Ce n'est que trois mois après que survint la paralysie totale de la corde vocale du même côté, par propagation sans doute de la tumeur qui

(1) Sebileau. — *Démonstrations d'anatomie*, Steinheil, 1892, p. 117-136.

d'abord avait comprimé les rameaux pharyngiens du vago-spinal au tronc même du nerf, puis à la branche externe du spinal : il y eut, en effet, à la fin atrophie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze.

Au contraire, dans le cas célèbre de Lermoyez, la raucité de la voix durait depuis plus d'un an quand fut pratiqué l'examen laryngoscopique qui montra la corde d'abord paresseuse, puis trois mois après, immobilisée en position médiane; enfin, de nouveau, trois mois après, apparurent la paralysie de la langue et du voile; un volumineux champignon cancéreux obstruant l'orifice du larynx, on ne put, à cette époque, voir la corde que l'on aurait sans doute trouvée en position cadavérique, car la loi de Semon-Rossbach reste vraie pour les paralysies laryngées associées. L'autopsie montra l'existence d'un épithélioma laryngé se continuant par des masses ganglionnaires néoplasiques le long des plans profonds du cou, et englobant à la base du crâne le pneumogastrique, le spinal et l'hypoglosse.

Dans les traumatismes, il s'agit le plus souvent d'une lésion unique, et puisque les nerfs pharyngiens quittent le tronc du pneumogastrique au niveau du ganglion plexiforme, cette lésion doit siéger immédiatement au-dessous de la base du crâne; ainsi se trouvent éliminées les diverses observations rapportées par Tapia ([1]), observations qui ont trait, pour la plupart, à des coups de corne reçus par des toréadors dans la région cervicale et qui déterminèrent une paralysie glosso-laryngée, avec ou sans participation du trapèze et du sterno-mastoïdien, mais toujours avec intégrité du voile; ce syndrome glosso-laryngé a encore été signalé dans un cas de tumeur siégeant à l'extrémité inférieure de la parotide ([2]) et à la suite d'un traumatisme chirurgical pour exérèse large d'un épithélioma branchial pratiqué par le Prof. Reclus ([3]).

Pour réaliser le syndrome palato-laryngé, le traumatisme

([1]) Tapia. — Un nouveau syndrome. Congrès de Lisbonne, 1906. *Annales des Maladies de l'Oreille.* Août, 1906, n° 8, p. 134-141.

([2]) Tapia. — *Loc. cit.*

([3]) Debove. — « Sections multiples des nerfs crâniens » (*Presse médicale*, 4 fév. 1903), p. 141-144.

doit siéger très haut. Ainsi, dans l'observation II de Traumann, un coup de couteau porté en avant du tragus, à travers la parotide avait provoqué une hémiplégie palato-laryngée ainsi que la paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien qui étaient inexcitables par les courants électriques ; il existait, en outre, une paralysie unilatérale de la langue et des muscles hyoglosse et hyo-thyroïdien. En l'absence d'une autopsie et en se basant sur la conservation de la sensibilité pharyngo-laryngée, il est permis de supposer que la section du nerf n'était pas totale. De même, dans le premier cas du même auteur (balle de révolver dans la bouche), pour la même raison, nous sommes enclins à croire que le syndrome était dû à une compression, peut-être par hémorrhagie ; les phénomènes d'excitation du sympathique, dilatation de la pupille et tachycardie intense plaident en faveur de cette hypothèse.

Un cas intéressant au point de vue étiologique est celui de Lermoyez et Laborde dans lequel la paralysie unilatérale du voile, du larynx et de la branche externe du spinal se montra trois semaines après le début d'un abcès latéro-pharyngien et dut être attribué à une névrite aiguë, conséquence de la propagation du pus à l'espace maxillo-pharyngien.

Tout récemment, Jacoby a publié 4 cas de diplégie faciale ; son observation II se rapporte à un homme de 40 ans, alcoolique, qui présentait, en outre, une paralysie unilatérale du voile et une paralysie récurrentielle du même côté ; l'auteur se croit en présence de névrites alcooliques multiples.

Enfin le syndrome apparut dans le cas de Wiersma à la suite d'un rhume et fut compliqué d'une hémiatrophie linguale. L'auteur n'osa pas poser de diagnostic, car toute autre nation étiologique fit défaut. Aujourd'hui que nous connaissons mieux la fréquence des névrites post-grippales, il est peut-être permis de se demander s'il ne s'agissait pas, dans ce cas, de névrite toxique ; l'hypothèse n'a rien d'invraisemblable et nous nous reportons pour l'appuyer, à l'intéressante observation de polynévrite unilatérale et multiple des nerfs crâniens publiée par Lejonne et Oppert [1].

[1] Lejonne et Oppert. — *Rev. Neurol*, juillet, 1907.

Pour terminer ce chapitre, il nous reste à citer une observation intéressante, mais d'interprétation difficile. Un malade de Lavraud et Panier, après avoir chanté dans un concert fut pris de raucité de la voix et de régurgitation de liquides par le nez ; les phénomènes paralytiques qui occupaient d'abord la moitié du larynx et du voile rétrocédèrent totalement du côté de celui-ci, mais persistèrent au niveau de la corde vocale. Le malade étant tuberculeux, les auteurs croient à une compression du récurrent par des ganglions trachéo-bronchiques, et à une névrite ascendante du vague intéressant uniquement les rameaux du voile, parce qu'il y a synergie fonctionnelle entre celui-ci et la corde vocale. Quoi qu'il en soit de la dernière partie de cette hypothèse, nous ne croyons pas que l'idée d'une névrite ascendante puisse être maintenue, car ce n'est pas là l'évolution de celle-ci. Le voile et la corde n'auraient pas été pris en même temps ; on aurait observé la paralysie récurrentielle d'abord ; l'hémiplégie palato-laryngée se serait installée quelque temps après, à la suite d'épisodes plus ou moins douloureux. D'ailleurs, l'hypothèse d'une compression du laryngé inférieur par des ganglions tuberculeux n'est rien moins que démontrée ; et si on l'admettait, la paralysie du voile resterait inexpliquable, étant donnée l'absence de fibres récurrentes dans le laryngé inférieur.

∴

Hémiplégie palato-laryngée par lésions radiculaires

Avant d'aborder l'étude du syndrome par compression intracrânienne du vago-spinal, nous tenons à signaler un cas qui, au point de vue de la localisation, est intermédiaire entre les lésions périphériques et les lésions radiculaires ; nous voulons parler du cas exceptionnel rapporté par Schlodtmann : à la suite d'un traumatisme crânien intense, au niveau de la région supra-orbiculaire, une fracture longitudinale de la base du crâne détermina brusquement la paralysie de la sixième, hui-

tième, dixième et onzième paire crânienne du côté traumatisé, avec conservation parfaite de la sensibilité. A remarquer que les septième et neuvième paires étaient absolument normales. L'état du malade resta stationnaire avec des réactions électriques profondément modifiées dans les muscles innervés par la branche externe du spinal. On peut encore observer le syndrome dans l'ostéomyélite tuberculeuse de la base du crâne (communication orale de M. Sebileau).

A la base de l'encéphale, les tumeurs peuvent être cause de l'hémiplégie palato-laryngée. A ce point de vue, deux faits méritent l'attention : on pourrait croire, *a priori*, que les tumeurs de l'espace ponto-cérébelleux s'accompagnent fréquemment du syndrome en question ; il n'en est rien. Les troubles que l'on observe siègent presque uniquement dans le domaine du facial, y compris l'intermédiaire de Wrisberg, dans l'oculomoteur externe et le trijumeau, sans oublier l'acoustique dont les tumeurs déterminent comme signes précoces de la surdité complète (aérienne et osseuse) et des vertiges. Cela est si vrai que Fraenkel et Ramsay Hunt[1] dans leur monographie sur les tumeurs de l'acoustique ne signalent pas la complication paralytique du côté du larynx et du voile. Cependant, nous l'avons trouvée dans une observation de Wiersma qui rentre certainement dans cette catégorie. Le deuxième fait intéressant est que les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, même quand elles atteignent un volume suffisant pour déplacer l'hémisphère cérébelleux n'occasionnent pas de troubles sensitivo-moteurs dans les membres et le côté opposé du tronc ; il en était ainsi dans les cas de C. Vincent, Wiersma, Hayd.

Dans le cas de Hayd que l'on voit cité dans certains traités comme un exemple de paralysie bulbaire chronique progressive unilatérale, la compression était produite probablement par un anévrysme de l'artère vertébrale gauche. Il existait, en effet, le signe de Georhardt, c'est-à-dire que l'on entendait un souffle à l'auscultation de la région occipitale gauche, fait qui a été signalé également par Möser, Hallopeau, etc. La symptomatologie strictement unilatérale est rare dans les cas d'ectasie

(1) FRAENKEL and RAMSAY HUNT. — *Medical Record*, 1903.

des vertébrales ou de la basilaire, à cause des flexuosités des vaisseaux et des complications myélomalaciques par thrombose.

D'autres fois, les auteurs ont admis l'existence de tubercules comprimant les troncs nerveux. Ainsi, dans le cas de Brindel, c'est à la suite d'une otite tuberculeuse que se montrèrent une hémiparalysie palato-laryngée et une paralysie de la sixième paire, le tout siégeant du côté opposé à la lésion auriculaire. S'agissait-il de tubercules ou de méningite tuberculeuse en plaques? L'origine tuberculeuse presque certaine et sa limitation stricte au vago-spinal et à l'oculo-moteur externe, la présence d'une toux coqueluchoïde sont surtout intéressants à considérer.

Au cours de la pachyméningite syphilitique basilaire, cause la plus fréquente des lésions des nerfs de la base du crâne, le syndrome palato-laryngé est relativement rare. Cela n'a d'ailleurs rien de surprenant si l'on considère la grande extension que prend, en général, la lésion ; aussi les symptômes sont d'ordinaire bilatéraux. L'étude des paralysies oculaires externes prenant les deux moteurs oculaires communs et se manifestant sous forme de paralysies dissociées est la preuve de ce fait anatomo-clinique bien connu. Il en résulte que parfois, avec une symptomatologie unilatérale, on observe pour l'un ou l'autre nerf des paralysies bilatérales, ainsi qu'il ressort d'un cas de Remak, dans lequel la paralysie de la langue et du voile du côté droit était associée à une paralysie bilatérale des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs. Le malade en question étant un saturnin, Remak attribua également au saturnisme les symptômes céphaliques ; mais la coexistence d'un ptosis, avec immobilité réflexe des pupilles, doit faire rentrer ce cas dans la syphilis méningée ; étant donnée la rareté particulière de la paralysie laryngée, on peut faire une réserve au point de vue tabes supérieur, bien qu'il n'y ait pas d'autre signe de cette affection.

Dans la pachyméningite spécifique la perte du réflexe lumineux accompagne en général l'hémiplégie palato-laryngée, et c'est là, au fond, le seul signe qui permette de poser le diagnostic étiologique. On sait, en effet, que pour Babinski,

le signe d'Argyll-Robertson est toujours la conséquence d'une méningite basilaire spécifique. Si cette loi est peut être trop absolue, elle répond néanmoins à la pluralité des cas. Le début de l'affection est toujours lent; souvent, il se fait par des céphalées et des paralysies oculaires, uni ou bilatérales; puis, sont pris en même temps le voile du palais, la corde vocale (abducteurs et adducteurs) et souvent la langue du même côté; parfois, il y a coexistence d'une surdité centrale homolatérale; le sterno-mastoïdien et le trapèze sont le plus souvent indemnes : dans les observations que nous avons recueillies, leur paralysie n'est signalée que dans deux cas, et s'accompagnait d'un début de D. R. Enfin, des signes médullaires peuvent se rencontrer, limités parfois, comme dans un cas de Jackson à la cinquième racine cervicale hétérolatérale, ou encore des signes bulbaires, comme de la polyurie et dépendant alors de modifications du plancher du quatrième ventricule. La ponction lombaire n'a guère été pratiquée dans ces cas, publiés la plupart à une époque antérieure à la pratique du cyto-diagnostic. Dans un cas, rapporté par l'un de nous ([1]), l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas permis de déceler l'existence d'une lymphocytose. D'ailleurs, dans ce cas, caractérisé par la paralysie d'un très grand nombre de nerfs crâniens d'un côté (cinq, six, sept, huit, neuf, dix), il ne s'agissait peut-être pas de pachyméningite et l'existence de nombreuses exostoses d'aspect caractéristique sur les membres pouvait faire croire à d'autres exostoses spécifiques comprimant, au niveau de la base du crâne, les divers troncs nerveux.

Enfin, il est un fait qui nous semble devoir être mis en lumière : dans toutes les observations d'hémiplégie palato-laryngée, tant d'origine extra qu'intra-crânienne, dont nous venons de parler, il n'est, sauf dans la toute dernière, mentionné de troubles sensitifs dans la moitié correspondante du pharynx et du larynx; en général, sensibilités conscientes (dixième paire) et réflexe (neuvième paire) sont respectées. Certains en ont profité pour exclure le pneumogastrique de l'innervation du

([1]) FÉLIX ROSE. — Paralysie multiple des nerfs crâniens d'un seul côté. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1904, p. 277.

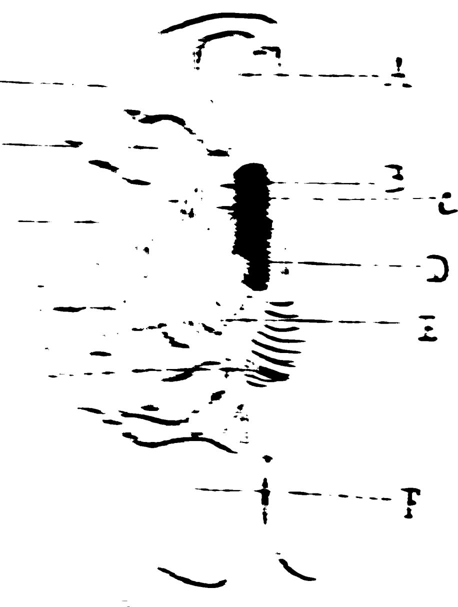
voile et du larynx ; à notre avis, cette conclusion est erronée, puisque ces cas (et la critique est surtout valable pour les cas d'origine endo-crânienne) s'accompagnaient souvent de tachycardie sans autre phénomène sympathique. Cette particularité de la non-atteinte des fibres sensitives, avec troubles plus ou moins intenses de la motricité, n'est, au fond, que l'expression, au niveau de nerfs sur lesquels l'attention a été plus particulièrement portée, d'un fait clinique général bien connu : en cas de compression d'un nerf mixte, ou même en cas de névrite, les fibres motrices, pour des raisons que l'histologie n'a pu encore expliquer, résistent moins bien que les fibres sensitives.

∴

Hémiplégie palato laryngée par lésions intra-bulbaires

Avant d'aborder l'étude clinique des maladies pouvant réaliser le syndrome palato-laryngé par lésions de la moelle allongée, un mot d'anatomie rappellera les rapports des noyaux bulbaires du pneumogastrique et du spinal ainsi que le trajet de leurs fibres.

Les deux noyaux de la dixième paire, de même que le noyau bulbaire de la onzième, véritable continuation du noyau postérieur du vague, sont situés dans la calotte bulbaire et font partie de ce vaste ensemble de substance grise parcourue par des fibres blanches et que l'on appelle la substance réticulée. Sur une coupe passant un peu au-dessus de l'entrecroisement des pyramides (*fig.* 1), on voit le noyau du spinal situé près du canal épendymaire en arrière et un peu en dehors du noyau de l'hypoglosse qu'il sépare des noyaux de Goll et de Burdach dans lesquels se terminent les cordons postérieurs ; de ces noyaux, émanent des fibres sensitives qui, obliques en avant et en dedans, vont s'entre-croiser au-devant du noyau de l'hypoglosse pour constituer le ruban de Reil médian ou deuxième neurone de la voie sensitive générale. Plus en dehors, on voit



[illegible] au ni-
[illegible] des deux
[illegible] qui consti-
[illegible] ventricule,
[illegible] l'hypoglosse, en
[illegible] substance réticu-

lée à proprement parler. Ses fibres se dirigent en avant et en dehors, à travers la racine descendante du V pour sortir au niveau du sillon collatéral postérieur du bulbe; elles sont

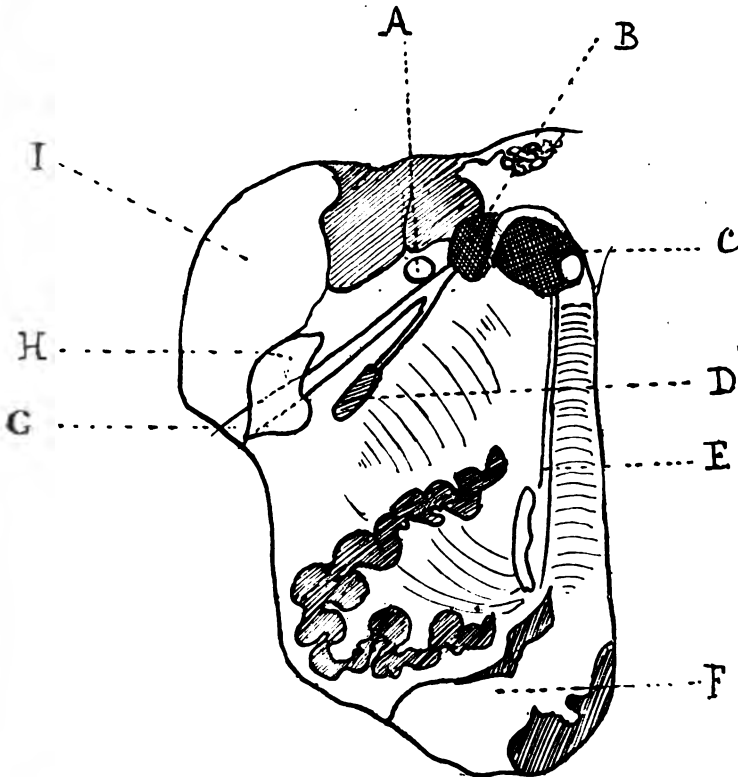


Fig. II

A. Faisceau solitaire.
B. Noyau X postérieur.
C. Noyau de la douzième paire.
D. Noyau ambigu.
F. Racine de la douzième paire.
F. Pyramide.
G. Racine de la dixième paire.
H. Racine descendant du V.
I. Corps restiforme.

accompagnées par les racines provenant du noyau antérieur du pneumogastrique ou noyau ambigu qui, parties du pôle postérieur de ce noyau allongé, viennent de se recourber; le

la substance gélatineuse de Rolando et la grosse racine descendante sensitive du trijumeau. Le faisceau solitaire et la racine du spinal sont également en dehors, mais plus rapprochés du noyau de la onzième paire. Tout à fait en avant, à une grande distance, les pyramides.

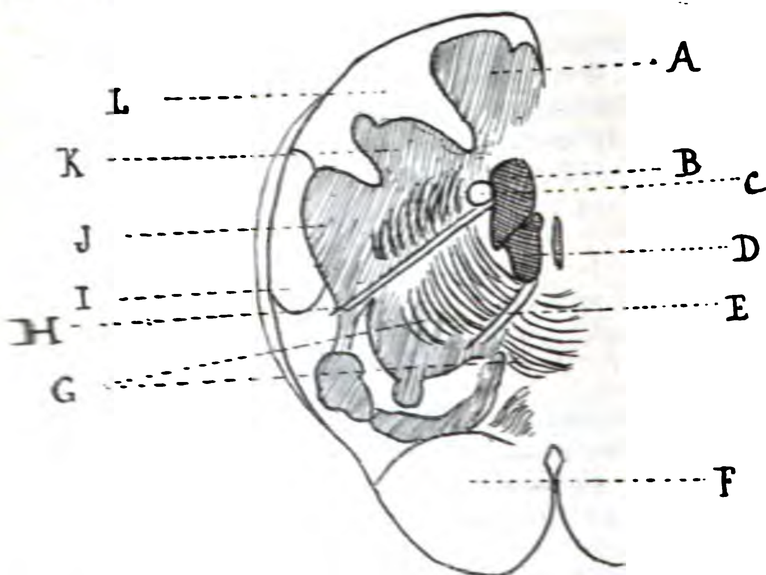


Fig. I

A. Noyau de Goll.
B. Noyau de la onzième paire.
C. Faisceau solitaire.
D. Noyau de la douzième paire.
E. Racine de la douzième paire.
F. Pyramide.
G. Entrecroisement sensitif.
H. Racine de la onzième paire.
I. Racine descendante de la cinquième.
J. Substance gélatineuse.
K. Noyau de Burdach.
L. Cordon de Burdach.

Sur une coupe passant par le quatrième ventricule, au niveau de l'aile grise (fig. 2), on voit bien les rapports des deux noyaux du pneumogastrique. Le noyau postérieur qui constitue l'aile grise est situé sur le plancher même du ventricule, en dehors de la partie supérieure du noyau de l'hypoglosse, en dedans du corps restiforme et en arrière de la substance rétícu-

lée à proprement parler. Ses fibres se dirigent en avant et en dehors, à travers la racine descendante du V pour sortir au niveau du sillon collatéral postérieur du bulbe; elles sont

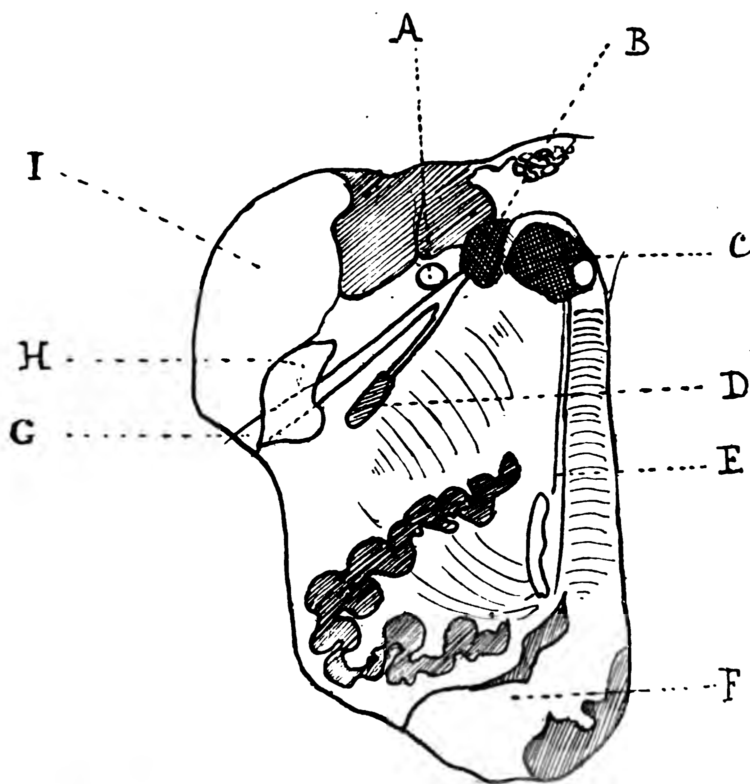


Fig. II

A. Faisceau solitaire.
B. Noyau X postérieur.
C. Noyau de la douzième paire.
D. Noyau ambigu.
F. Racine de la douzième paire.
F. Pyramide.
G. Racine de la dixième paire.
H. Racine descendant du V.
I. Corps restiforme.

accompagnées par les racines provenant du noyau antérieur du pneumogastrique ou noyau ambigu qui, parties du pôle postérieur de ce noyau allongé, viennent de se recourber; le

atteinte dans ses trois modes en cas d'atteinte de la racine même ; son anesthésie sera, au contraire, dissociée quand ses fibres de deuxième neurone seront lésées. Sans entrer dans la discussion des théories qui expliquent la différence des troubles de la sensibilité suivant que les lésions siègent au niveau du premier ou du deuxième neurone sensitif, nous pouvons rappeler les deux opinions en présence. Certains auteurs, comme Déjérine et Thomas, et récemment Babinski (¹) croient à une conductibilité plus facile de l'une ou de l'autre sensibilité dans l'un ou l'autre neurone ; d'autres, avec Head (²), pensent que chaque mode de la sensibilité a ses fibres propres dont la disposition varie du nerf périphérique au centre nerveux.

Le trijumeau peut être pris du même côté que le reste du corps (Ed. Müller) ; il présente alors la dissociation syringomyélique.

Les membres du côté de la lésion conservent leur sensibilité superficielle, mais fréquemment leur sensibilité profonde, leur sens des attitudes est troublé et il en résulte l'ataxie que nous avons signalée. Il ne faut pas confondre cette ataxie qui se rattache probablement à une lésion des cordons postérieurs dans leur partie terminale, avec un signe également fréquent, l'hémiasynergie cérébelleuse de Babinski ; celle-ci consiste en troubles de la diadococinésie et de la synergie des muscles agonistes principaux, collatéraux et antagonistes, et relève de la destruction du corps restiforme et des fibres cérébello-olivaires, ainsi que la démarche cérébelleuse et la tendance à la chute du côté malade. A cette même lésion se rattache peut-être aussi le nystagmus qui, tantôt, se produit dans les mouvements latéraux vers la gauche et la droite, tantôt dans le seul mouvement de latéralité vers le côté bulbaire lésé ; il s'agit là de nystagmus vrai, à oscillations rythmiques et non saccadées comme dans certains cas de parésie concomitante de la sixième paire.

Du côté des nerfs crâniens, en dehors des troubles sensitifs dans le domaine du trijumeau, c'est l'hémiplégie palato-laryn-

(¹) Babinski. — *Revue neurologique* (Soc. neurol., décembre 1906).
(²) Head. — *Brain*, 1906.

gée qui est le seul signe constant. La paralysie unilatérale de ces organes peut être complète ; c'est le cas habituel. Le voile peut cependant être pris très légèrement, comme dans l'observation de R. Müller ; il peut, après avoir été pris au début, ne plus présenter trace de paralysie quelques mois après. La corde vocale est atteinte dans presque tous les cas ; la paralysie porte à la fois sur l'abduction et l'adduction ; elle est complète. Dans le cas de Duménil, le voile seul était paralysé. Quant à la sensibilité pharyngo-laryngée, elle présente très souvent des modifications qui peuvent aller de la simple hypoesthésie à l'anesthésie totale (Scanes-Spicer).

Il en résulte des troubles de la déglutition, surtout au début ; en cas d'anesthésie complète, de perte de la sensibilité consciente et réflexe, le malade ne peut s'alimenter, car le bol alimentaire passe dans les voies aériennes ; le pronostic en est singulièrement assombri. Quant à la voix, rauque et bitonale pendant assez longtemps, elle finit par redevenir presque normale, grâce à la corde vocale saine qui, dépassant la ligne médiane fait la compensation en arrivant au contact de sa congénère, lors de la production des sons. Tous ces troubles dépendent de la lésion des noyaux ou des racines du vague, le plus souvent des deux à la fois.

On peut rencontrer, associée à l'hémiplégie palato-laryngée, la paralysie de la langue, de la branche externe du spinal, ou encore du facial.

Hoffmann, Cestan et Chenais, Babinski ont insisté sur un certain nombre de troubles dans le domaine du sympathique, soit du sympathique oculaire (myosis sans troubles des réflexes pupillaires, enophtalmie et ptosis léger), soit du sympathique vaso-moteur (vaso-dilatation, vaso-asymétrie et sensation de froid). Les centres qui doivent être lésés, sont encore mal localisés ; en tout cas, il s'agit ici de phénomènes paralytiques et non d'excitation comme on en rencontre dans les lésions périphériques. Et cependant, des phénomènes d'excitation ne semblent pas impossibles, puisque dans un cas de ramollissement du tiers supérieur du noyau ambigu, Ransohoff a pu constater du spasme glottique.

A un tableau clinique caractérisé par une symptomatologie

à peu près constante (hémiplégie palato-laryngée, hémianesthésie alterne avec absence de troubles paralytiques du côté des membres et de la face), devrait correspondre, un tableau anatomique toujours le même. Wallenburg, se basant sur une observation personnelle et sur les cas avec autopsie publiés avant lui depuis le cas initial de Senator, croit à une thrombose de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure, branche de la vertébrale. Cette artère, par la spinale postérieure et quelques rameaux directs, irriguerait la partie postéro-latérale du bulbe d'une façon constante, et chez certains sujets, la partie inférieure de la protubérance ; ces variations individuelles expliquerait la variabilité des signes accessoires, hémiatropie linguale, surdité, paralysie faciale. Mais Breuer et Marburg ont montré que le même tableau pouvait être réalisé par l'obstruction de l'artère vertébrale, après l'origine de la cérébelleuse postéro-inférieure. Leur conception anatomique se rapproche de la description des artères du bulbe donnée par Duret ; pour eux, la cérébelleuse postérieure fournit aux parties latérales du bulbe depuis le tiers inférieur des olives jusqu'à l'origine inférieure du noyau du vague, l'artère vertébrale irriguant directement les parties latérales depuis le tiers moyen des olives jusqu'au noyau du facial, les spinales nourrissant la région médiane. Ces mêmes auteurs ont cherché, d'après les autopsies connues et leurs observations, à localiser les groupes cellulaires commandant le larynx et le voile ; leurs conclusions sont peu nettes : le larynx serait pris dans les cas de lésions siégeant tantôt à la partie antérieure, tantôt à la partie postérieure du noyau ambigu ; la paralysie du voile semble surtout dépendre de la destruction de la partie antérieure de ce noyau.

Telle est l'apoplexie bulbaire à laquelle nous rattachons un de nos cas personnels (Obs. I), bien que l'histoire de notre malade s'éloigne du tableau classique que nous venons d'esquisser. Un homme, âgé de 42 ans, reçoit au niveau de la conque de l'oreille gauche un coup de couteau insignifiant, le traumatisme en lui-même n'est rien, mais il cause à notre malade une frayeur des plus violentes. Aussitôt, apparaît du côté traumatisé une paralysie faciale périphérique, ainsi qu'une hémiplégie palato-laryngée. La sensibilité consciente pharyngo-laryngée est

conservée ; la sensibilité réflexe abolie, sauf au niveau du voile ; les muqueuses linguales et buccales sont hypoesthésiées. Dix jours après l'accident, la D. R. est des plus nettes dans le domaine du facial. Comment expliquer l'apparition soudaine de ce syndrome ? L'existence d'une ancienne mastoïdite, d'ailleurs cicatrisée, ne peut avoir déterminé la paralysie faciale, encore moins les symptômes palatins et laryngés. Il faut admettre une lésion du facial et du vago-spinal, et cela dans un endroit où ces nerfs sont suffisamment rapprochés l'un de l'autre ; c'est-à-dire à la sortie du bulbe, ou au niveau de leurs noyaux mêmes.

Or, chez ce malade, il est un signe qui, selon nous, doit faire pencher la balance en faveur du siège intra-bulbaire de la lésion ; c'est l'existence d'une inégalité manifeste des réflexes olécrâniens. Ayant examiné ceux-ci à plusieurs reprises, nous avons toujours trouvé le réflexe du côté droit (du côté opposé à la lésion) très exagéré, contrastant avec celui du côté gauche qui, lui, était plutôt moins accusé que normalement. De plus, l'hypoesthésie manifeste des muqueuses buccale et linguale pourrait résulter d'une atteinte de la racine descendante du trijumeau, les fibres cutanées étant indemnes ; l'absence de troubles sensitifs dans le pharynx tend à faire exclure l'hypothèse de troubles névropathiques, étant donnée la fréquence bien plus grande de ceux-ci dans l'hystérie. D'un autre côté, il existe de l'agueusie à gauche, non seulement dans les deux tiers antérieurs de la langue (ce qui s'explique par une lésion de l'intermédiaire de Wrisberg), mais dans le tiers postérieur qu'innerve le glosso-pharyngien ; or, ce nerf est atteint ainsi que le prouve la perte du réflexe pharyngien du côté gauche seulement. Nous ne voudrions pas toutefois conclure d'une façon ferme à l'origine organique des troubles sensitifs des muqueuses buccale et linguale, parce qu'il existe une hémianosmie gauche et une perte du réflexe cornéen. On a signalé, il est vrai, dans maint cas de syringomyélie à forme bulbaire des troubles unilatéraux de l'odorat, et il est possible que les fibres destinées à la cornée et à la conjonctive cheminent dans le bulbe avec les fibres des muqueuses buccale et linguale ; mais ce dernier point n'est rien moins que démontré. D'une

façon générale, on ne saurait être trop prudent dans l'appréciation de pareils troubles sensitifs, ainsi qu'en témoigne un malade d'Avellis, porteur d'une hémiplégie palato-laryngée gauche avec hémianesthésie tactile et douloureuse de tout le côté gauche du corps et de la face et hémianesthésie droite du pharynx et du larynx. Tous ces troubles sensitifs pouvaient, en effet, disparaître et être reproduits par la suggestion. Il est vrai que, dans ce cas, la conservation de la sensibilité thermique, contrastant avec l'anesthésie et l'analgésie devait d'ores et déjà faire soupçonner la nature névropathique des troubles sensitifs.

Ainsi, chez notre malade, nous croyons que les noyaux ou les racines intra-bulbaires du facial et du vago-spinal gauches ont été lésés d'une façon certaine et qu'il s'est produit à distance une irritation très légère de la voie pyramidale, se traduisant par l'exagération du réflexe olécrânien du côté opposé : nous pensons également, bien que cela soit moins certain, que le processus anatomique a porté sur la racine descendante du trijumeau, le glosso-pharyngien et l'intermédiaire de Wrisberg. Notre malade est un grand émotif, et c'est cette émotivité même qui va nous permettre de rechercher la nature de la lésion bulbaire. Il est inutile de discuter la nature hystérique des troubles moteurs : la D. R. au niveau du facial suffit à écarter cette hypothèse. Deux processus anatomiques peuvent seuls expliquer la brusquerie du début : l'embolie et l'hémorrhagie. Or, l'embolie ou la thrombose des artères bulbaires produit, en général, le tableau que nous avons décrit ; de plus, il n'existe pas d'artériosclérose ni de cardiopathie chez notre malade ; pas d'antécédents syphilitiques ni alcooliques ; la pression sanguine semble normale. Mais il est bien connu que les influences psychiques peuvent modifier la tension artérielle, que les émotions, en particulier, l'élèvent brusquement. Or, dans l'étiologie de la maladie de cet homme, le coup de couteau n'a rien été, l'émotion, au contraire, a été très intense. Nous croyons donc volontiers, car nous ne voyons pas d'autre explication plausible, qu'à la suite de l'émotion ressentie et de l'hypertension brusque consécutive, quelques uns des fins rameaux terminaux allant aux noyaux de la septième et

dixième paires se sont rompus, et ont produit une hémorrhagie très circonscrite de la région bulbo-protubérantielle gauche. La possibilité de foyers bulbaires ainsi circonscrits est démontrée par l'existence d'observations comme celle de Duménil (corps restiforme) et de nombreux cas où une apoplexie bulbaire a réalisé exclusivement le tableau de l'hémianesthésie externe. Généralement, les émotions produisent leur influence néfaste sur des vaisseaux prédisposés à la rupture par des lésions scléreuses qui, ici, semblent ne pas exister. Mais la disposition même des rameaux artériels intra-bulbaires qui sont terminaux peut expliquer la rupture d'artérioles absolument saines.

Cette observation, dont nous n'avons pas trouvé d'équivalent dans la littérature, est encore intéressante à un autre point de vue. Si le traumatisme avait été dû à un accident du travail, la question médico-légale de l'indemnité aurait été à discuter. Ce cas aurait prouvé qu'à côté de certaines lésions de nécrose moléculaire du tissu nerveux, lésions décrites par Bruns et Westphal, et tout récemment Nonne [1], les accidents peuvent déterminer des lésions organiques hémorrhagiques dans les centres nerveux, par l'intermédiaire de la simple hypertension émotive.

Polio-encéphalites

Au cours de la *polio-encéphalite inférieure aiguë*, le syndrome est rare ; il a été rencontré par Eisenlohr dans un cas où il s'accompagnait d'anesthésie du larynx et de la face du même côté. A l'autopsie, on trouva un foyer de myélite bulbaire au niveau du ventricule, mais, étant données, d'une part, la forme triangulaire à base postérieure du foyer et, d'autre part, la difficulté de diagnostic entre un foyer inflammatoire ancien et un ramollissement; cette observation, un peu ancienne, n'entraîne pas absolument la conviction. Un autre cas de paralysie unilatérale du crico-aryténoïdien postérieur, du

(1) Nonne. — *Monatsschrift für Unfallskunde u. Invalidentum*, 1906.

voile et de la langue avec, du côté opposé, atrophie de l'avant-bras et main en griffe, fut observé par Henschen ; le syndrome était apparu à la suite d'une scarlatine. Il ne nous a pas été possible de lire cette observation dans l'original suédois ; Koch et Marie ([2]) n'hésitent pas à l'attribuer à une polio-encéphalo-myélite. Ce que nous savons aujourd'hui des relations étroites entre la poliomyélite et les maladies éruptives permet d'approuver la manière de voir de ces auteurs et nous rappellerons, à cette occasion, la récente communication de H. Claude et Lejonne ([3]) (méningo-myélite aiguë survenue à la suite d'une scarlatine). Dans le cas de Henschen toute autre interprétation expliquerait difficilement la topographie des lésions.

Dans la *polio-encéphalite chronique*, le syndrome n'a jamais été observé ; le cas de Hayd, cité dans les traités classiques comme un exemple de paralysie labio-glosso-laryngée relève, en réalité, d'un anévrysme. Cela n'a d'ailleurs rien de surprenant dans une affection aussi constamment bilatérale ; du même coup, nous pouvons éliminer aussi la *sclérose latérale amyotrophique*.

Tabes

Dans le tabes, le syndrome peut exister ; en général, dans cette affection, les troubles bulbaires, comme les symptômes médullaires, se manifestent des deux côtés simultanément, tantôt sous forme de paralysie labio-glosso-laryngée, tantôt sous forme d'ictus laryngés, tantôt encore sous forme de paralysie des abducteurs. Mais, de même que les cas de tabes dorsalis strictement unilatéraux ne constituent pas à proprement parler une rareté, de même les cas de tabes supérieur céphalique peuvent déterminer des syndromes hémibulbaires qui se transforment parfois en paralysie palato-laryngée bilatérale (Davidson et Westheimer). Cet hémisyndrome bulbaire tabétique, au point de vue de la paralysie laryngée, se comporte

([1]) Koch et Marie. — *Revue de médecine*, 1897.
([2]) H. Claude et Lejonne. — *Soc. méd. des hôpitaux*, juillet 1907.

de deux façons différentes : le trouble moteur peut, comme dans le cas d'Aronsohn (Obs. I) suivre la règle des paralysies laryngées au cours de la maladie de Duchenne, c'est-à-dire s'attaquer au crico-aryténoïdien postérieur ; il peut aussi, comme dans les observations de Pel et de Fournier (de Marseille) frapper la corde vocale en totalité. Il est vrai que, pour ces deux derniers cas, il y a lieu de se demander si c'est bien le processus tabétique qu'il faut rendre responsable des accidents bulbaires. Pour le cas de Pel, où les symptômes hémiparalytiques du voile, de la langue, du larynx et de la branche externe du spinal débutèrent lentement chez un homme jeune qui présenta, pour tout signe de tabes, un Westphal bilatéral, la chose est, à la rigueur, possible ; mais, dans le cas de Fournier, le début fut brusque, accompagné de vertiges et de vomissements ; la paralysie du larynx et du voile rétrocéda après un mois de traitement ioduré ; en présence de ce début qui rappelle l'apoplexie bulbaire ou plutôt l'ischémie bulbaire (car il fallut deux jours au syndrome pour se constituer), en présence de cette guérison par l'iodure, il y a tout lieu de se demander si l'artérite spécifique oblitérante n'est pas plutôt à incriminer que le processus tabétique.

Dans le tabès, quelle que soit la paralysie laryngée, on n'observe jamais un véritable hémisyndrome labio-glosso-laryngé ; les symptômes associés, quand ils existent, sont la surdité labyrinthique, la paralysie du sterno-mastoïdien et du trapèze, l'hémiatrophie linguale, la toux coqueluchoïde, la tachycardie. Les symptômes médullaires du tabes se réduisent, en général, au signe de Westphal ou de Romberg, parfois les deux existent ; par contre, on observe des atrophies grises de la papille, des crises gastriques. Il s'agit donc là de tabes presque purement céphalique.

Syringomyélie

Les caractères des paralysies laryngées et palatines au cours de cette maladie, dont nous apportons quatre observations, ont été magistralement décrits par Schlesinger (1) dans son

(1) Schlesinger. — *Die Syringomyelie*, Vienne et Leipzig, 1902.

excellente monographie sur la syringomyélie. Nous lui empruntons la description suivante : les troubles du larynx et du voile sont le plus souvent unilatéraux et s'associent à des troubles du côté de la langue. Généralement, les troubles laryngés et pharyngés vont de pair, et il est rare de rencontrer les uns sans les autres ; ils s'observent dans 20 % des cas. Du côté du larynx, la paralysie de la corde est, en général, totale ; il est exceptionnel que le seul crico-aryténoïdien postérieur soit pris ; dans ce cas, cette paralysie n'est que transitoire ; elle se transforme plus tard en paralysie totale. Les troubles sensitifs du côté du larynx et du pharynx coexistent assez fréquemment avec les troubles moteurs, et l'on peut observer la perte de la toux réflexe ; mais, contrairement aux assertions de Cartaz [1], les troubles moteurs sont infiniment plus fréquents que les troubles de la sensibilité. Leur début peut être lent et progressif ou au contraire apoplectiforme ; ils peuvent disparaître et reparaître à plusieurs reprises, mais ils finissent par s'installer définitivement. Dans les cas à évolution insidieuse, le début peut être difficile à préciser, parce que pendant longtemps les troubles fonctionnels font défaut. Les symptômes bulbaires peuvent constituer les premières manifestations de la maladie ; ils peuvent survenir plus tard, voire même à la période terminale. Au point de vue anatomique, la fréquence de l'hémisyndrome et, en particulier, du syndrome palato-laryngé dans la syringomyélie s'explique par la disposition de la gliose cavitaire : il s'agit, en général, d'une fente oblique en avant et en dehors et dont la base élargie occupe toute une moitié du plancher du quatrième ventricule. Ainsi s'explique l'atteinte fréquente des noyaux antérieur et postérieur et des fibres radiculaires du pneumogastrique.

Disons, pour compléter ces notions, que l'on observe parfois certains signes accessoires, comme le syndrome oculo-pupillaire sympathique, la fréquence du pouls, et assez rarement la paralysie du trapèze. Certains caractères nous semblent également devoir être mis en relief : d'abord la possibilité du début apoplectiforme qui, en dépit de l'idée que l'on peut se faire de

(1) CARTAZ — *Annales des maladies de l'oreille*, 1895.

la syringomyélie, type de maladie à évolution lentement progressive, est d'une fréquence relativement grande, plus grande en tous cas dans la syringomyélie bulbaire que dans la forme médullaire ; cette constatation tire son intérêt des discussions récentes concernant la syringomyélie post-traumatique et post-hématomyélique : on est tenté de penser à un processus hémorrhagique dans un de ces foyers de gliose latents, comme en montrent de nombreuses observations (Krauss, de Jong, etc.).

Le début de l'affection par des symptômes bulbaires est, en somme assez rare, puisqu'en 1895, Raymond ne pouvait citer que le cas de Cohen et de Seeligmuller. Une de nos observations, le cas Regn... (Obs. II), est un exemple de syringomyélie à début bulbaire insidieux. En 1898, à part une faiblesse sans atrophie du bras droit et une réflectivité exagérée, il existait pour tout symptôme une hémiplégie palato-laryngée et une hypoesthésie du trijumeau du côté droit. Aussi hésitait-on entre une tumeur du bulbe et une sclérose en plaques. En 1905, l'apparition d'une bande d'hypoesthésie radiculaire au tact et à la piqûre sur la partie externe de l'avant-bras permit à Raymond et Guillain de faire le diagnostic de syringomyélie, diagnostic qu'est venu confirmer l'extension des troubles sensitifs qui forment actuellement jaquette. Quant aux troubles laryngés, ils furent d'abord caractérisés par la paralysie isolée du crico-aryténoïdien postérieur, puis par la paralysie complète de la corde.

Dans ce cas, comme dans l'observation III (cas Dillm.), il n'existe aucune atrophie musculaire ; on note une très légère diminution de l'excitabilité faradique des muscles. Chez ces deux malades, les symptômes bulbaires et médullaires sont ou ont commencé par être homolatéraux. Cette tendance à l'unilatéralité se retrouve dans plusieurs observations qui sont calquées en quelque sorte, sur le cas Dillm... (Bernhardt, Booth). Nous ne croyons pas que le diagnostic soit douteux, car aucune autre affection ne pourrait expliquer la symptomatologie et la longue durée de l'évolution.

Le cas F (Obs. IV) est une syringomyélie typique avec atrophie ; le jeune âge du malade qui rappelle le cas de Tilley (fillette de 15 ans) et la distribution hémianesthésique des

troubles de la sensibilité sont les deux points intéressants de cette observation.

Quant à l'observation V, nous croyons également devoir la classer dans le chapitre des syringomyélies pour des raisons que nous discuterons au chapitre Diagnostic.

Dans les *tumeurs intra-bulbaires*, le syndrome qui nous occupe peut s'observer, mais d'une façon transitoire par suite de la rapidité avec laquelle les néoplasmes se développent et envahissent ou compriment le côté opposé.

Enfin, il nous reste à terminer ce chapitre par une constatation négative : l'hémiplégie palato laryngée n'a jamais été observée dans la *sclérose en plaques*, et, ainsi que le fait observer Ed. Müller [1] dans sa très complète monographie, c'est le tremblement de la corde vocale, analogue au tremblement intentionnel des mains qui provoque certains troubles de la phonation ; cet état était des plus nets chez un malade de Horne, ainsi que le fit remarquer Semon qui examina le malade.

Telles sont les diverses affections intra-bulbaires qui peuvent engendrer l'hémiplégie palato-laryngée ; dans au moins la moitié des cas, la syringomyélie est en cause ; viennent ensuite, l'apoplexie bulbaire, le tabès, les tumeurs. Dans tous ces cas, les troubles moteurs sont fréquemment associés à des troubles sensitifs dans le domaine du vago-spinal, contrairement à ce que l'on observe dans les paralysies périphériques ou radiculaires.

*
* *

Hémiplégie palato-laryngée par lésions sus-nucléaires

Peut-on observer ce syndrome dans le cas de lésions atteignant le faisceau géniculé depuis son origine corticale jusque dans la protubérance ?

(1) Ed. Muller. — *Die Multiple Sklerose*, Iéna, 1904.

Disons tout d'abord qu'au cours des hémiplégies cérébrales, l'association paralytique du voile et du larynx n'a été rencontrée que très rarement. Dans la thèse de Comte, sur les paralysies pseudo-bulbaires, on trouve de nombreuses observations dans lesquelles la paralysie du voile prédominait d'un côté ; mais on ne rencontre qu'un seul cas de paralysie unilatérale du voile avec parésie de la corde du même côté. Dans un cas de Le Meur, observé dans le service de Déjerine, il existait, du côté de l'hémiplégie, une hémi-paralysie palatine qui disparut plus tard.

Si nous ne connaissons pas le centre cortical du voile du palais, le centre phonatoire du larynx nous est connu depuis les travaux de Ferrier, de Duret et de Soltmann : il siége, chez le chien, en avant et en dehors du gyrus sigmoïde ou, plus exactement, à la partie inférieure et latérale de la circonvolution précruciale. L'excitation de ce centre produit, pour Semon et Horsley, l'adduction des deux cordes vocales ; cette action bilatérale est contestée par Masini, mais cet auteur n'a pu reproduire les expériences qui lui avaient prouvé l'action unilatérale et croisée de ce centre. Il existe cependant des observations cliniques avec examen laryngoscopique et autopsie, qui ont démontré la possibilité de la paralysie de la corde vocale d'un seul côté, par lésion sous-corticale de l'hémisphère du côté opposé, au niveau de la partie inférieure de la frontale ascendante : ce sont les 4 cas classiques de Garel et de Déjerine.

Il n'est donc pas impossible de rencontrer le syndrome palato-laryngé au cours de lésions cérébrales, en dehors de toute participation bulbaire ; mais, d'une part, cette éventualité est exceptionnelle, et, d'autre part, comme le fait remarquer Le Meur, les troubles laryngés et phonatoires sont, ici, des symptômes accessoires, alors que dans les maladies bulbaires ils constituent un des principaux troubles morbides.

*
* *

L'HÉMIPLÉGIE PALATO-LARYNGÉE PEUT-ELLE ÊTRE D'ORIGINE HYSTÉRIQUE ?

Il n'existe dans la littérature qu'un seul cas publié avec cette étiquette : le cas de Chauveau dont l'observation est succincte : l'hémiplégie palato-laryngée survint brusquement chez une femme de 52 ans qui, à 18 ans, aurait souffert d'une paralysie hystérique et qui présentait quelques stigmates de la grande névrose ; l'hémi-syndrome palato-laryngé s'accompagnait d'une paralysie du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté. La *restitutio ad integrum* se fit rapidement au bout de quelques mois, et c'est ce qui engage l'auteur à porter le diagnostic étiologique d'hystérie. Il est impossible de juger ce cas, d'après l'observation très résumée qui en est donnée, d'autant plus que l'examen électrique des muscles de la branche externe du spinal ne fut pas pratiqué. Mais il est permis de douter fortement de l'exactitude du diagnostic posé, non pas d'après des idées théoriques sur l'hystérie, le cas pouvant, à la rigueur, s'appuyer sur une des nombreuses théories proposées, mais, d'après ce que l'observation clinique nous a appris sur les paralysies hystériques. Celles-ci sont, en général, totales, prenant tout un membre ou un segment de membre, et leur forme dépend de la représentation naïve qu'un individu ignorant de l'anatomie et de la distribution nerveuse, se fait des diverses parties du corps. Il serait vraiment incompréhensible qu'un sujet pût produire une paralysie unilatérale des muscles laryngés et pharyngés qu'il a l'habitude de contracter d'une façon bilatérale et symétrique. De plus, l'atteinte simultanée du trapèze innervé par les mêmes nerfs que les muscles pharyngo-laryngés, et sans qu'aucun autre muscle du cou soit intéressé, plaide sans restriction en faveur de l'origine organique de la maladie. Admettre qu'un pareil syndrome puisse être produit par l'hystérie serait admettre la possibilité d'une paralysie limitée exclusivement à un groupe musculaire innervé par une racine du plexus brachial, lombaire ou sacré, par exemple, au

groupe d'Erb (deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur) qui tire son innervation de la cinquième racine cervicale.

⁂

Diagnostic

Le diagnostic positif du syndrome palato-laryngé est, en général, facile à poser ; il suffit d'éliminer les diverses causes d'asymétrie vélo-palatine, la déviation congénitale de la luette, l'hypertrophie d'une amygdale ou l'enchâtonnement amygdalien unilatéral. Il faut savoir que le côté paralysé, généralement flasque et tombant, peut paraître, à l'état de repos, plus élevé que le côté sain ; il faut faire mouvoir le voile pour juger vraiment de son état. Chaque muscle doit être examiné pour préciser le diagnostic. En général, le péristaphylin externe est indemne ; les autres muscles participent tous plus ou moins à la lésion. Enfin, l'électro-diagnostic qui, jusqu'à ce jour, a donné peu de renseignements, doit être pratiqué pour permettre de juger l'état des fibres musculaires.

Muni de ces données, on peut aborder le problème plus complexe du diagnostic étiologique qui s'impose dans quelques cas, d'ailleurs assez rares : traumatismes, tumeurs latérales du cou, du pharynx ou du larynx, inflammations aiguës phlegmoneuses de la région cervicale ; et encore, dans ces derniers cas, il faut faire des réserves pour les vieillards et les enfants, chez lesquels les phlegmons profonds du cou évoluent parfois d'une façon insidieuse, presque indolore, et constituent souvent des trouvailles d'autopsie.

Les lésions intra-crâniennes sont d'un diagnostic bien plus difficile. Une exception doit cependant être faite pour l'apoplexie bulbaire commune dont la riche symptomatologie présente une caractéristique des plus nettes : l'hémianesthésie alterne avec dissociation syringomyélique, l'hémiasynergie cérébelleuse et l'absence de tout trouble de la force motrice des

membres permettent le diagnostic différentiel avec les autres hémiplégies palato-laryngées à début brusque. Ceci n'est vrai d'ailleurs que pour les thromboses et les embolies artérielles ; il n'en est plus de même pour les hémorrhagies circonscrites analogues à celle que montre notre observation I.

D'une façon générale, il est permis de dire, en tenant compte de faits exceptionnels comme le nôtre, que si l'hémi-syndrome palato-laryngé s'est constitué brusquement sans s'accompagner d'hémianesthésie croisée alterne, il y a toutes les chances pour que l'on se trouve en présence d'une syringomyélie à début bulbaire. La disparition rapide et les alternatives de réapparition et de disparition de syndrome qui finit par tendre à la permanence sont encore en faveur de la syringomyélie, bien que des crises d'ischiémie bulbaire puissent elles-mêmes se comporter de cette façon. Dans ce dernier cas, le syndrome installé définitivement sera accompagné des symptômes caractéristiques de la thrombose de l'artère vertébrale ou de ses branches ; on n'observera pas de troubles de la musculature oculaire comme dans les cas de syringomyélie, du moins, de troubles oculo-moteurs apparaissant avec la crise, car le syphilitique qui fera de l'ischémie par endartérite oblitérante spécifique, pourra être préalablement atteint de paralysies oculaires. Ainsi se comportent certains tabétiques.

Les troubles sensitifs pourront aider à différencier une lésion périphérique ou radiculaire d'une lésion bulbaire ; contrairement à l'opinion de Escat (¹), nous croyons que l'hémianesthésie pharyngo-laryngée est plus fréquente dans les lésions intra-bulbaires que dans les lésions atteignant les racines ou les nerfs. Mais ce n'est pas là un critérium : la compression radiculaire peut s'accompagner de troubles sensitifs (F. Rose) et dans bon nombre de cas, les processus pathologiques intra-bulbaires présentent une symptomatologie purement motrice.

L'électro-diagnostic, lorsqu'il donne des résultats assez nets, apporte quelque appoint au diagnostic, la D. R. n'existant que dans les lésions bulbaires et périphériques.

L'origine syphilitique aura pour elle l'atteinte précoce, bila-

(¹) Escat. — *Maladies du pharynx*, Paris, 1901, chez Carré et Maud.

térale et dissociée des muscles oculaires, le signe d'Argyll-Robertson et surtout la lymphocytose rachidienne ; le tabès aura les signes souvent frustes qui caractérisent cette affection. Il faut cependant savoir que l'abolition d'un seul ou des deux réflexes rotuliens ou achilléens peut se rencontrer dans les tumeurs (P. Lejonne) (1). Dans ces cas, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et surtout la stase papillaire feront le diagnostic.

Les tumeurs qui ne s'accompagnent pas d'hypertension intra-crânienne seront très difficilement différenciées de la syringobulbie, ce qui n'a rien de surprenant, la gliose bulbaire constituant une sorte de néoplasme ; cependant les néoplasmes vrais ont une évolution plus rapide et une tendance beaucoup plus marquée à la bilatéralité.

Quant à la syringomyélie, son diagnostic sera aisé lorsque les signes médullaires auront précédé l'apparition des signes bulbaires. Dans le cas contraire, le diagnostic de syringobulbie ne pourra être qu'un diagnostic de probabilité : il faudra, pour affirmer ce diagnostic attendre l'apparition des symptômes médullaires, et, en particulier, des troubles sensitifs, ces troubles devront être bilatéraux ou siéger du même côté que la paralysie laryngée pour être sûrement d'origine médullaire, à moins que, situés du côté opposé, ils ne présentent une distribution nettement radiculaire.

Parfois, le diagnostic étiologique du syndrome est des plus compliqués ; nous pouvons en donner comme preuve notre observation V. La malade, âgée de 34 ans, en proie à de grosses peines morales, présenta une attaque apoplectiforme avec vomissements, vertiges, démarche cérébelleuse ; quinze jours après, on nota de la diplopie, des douleurs dans l'épaule gauche et de la maladresse de la main droite. Après un séjour dans la montagne, la diplopie et la démarche cérébelleuse disparurent ; mais, au cours d'un traitement mercuriel, apparut une nouvelle attaque : diplopie, raucité de la voix, parésie faciale, troubles moteurs de la jambe droite. Trois ans après son

(1) Lejonne. — Syndrome radiculaire dans les tumeurs cérébrales. *Encéphale*, mai 1907.

accident, la malade présentait une démarche un peu ébrieuse, de la parésie spasmodique des membres, de la paralysie des sixième, dixième et onzième paires du côté droit et des troubles sensitifs partiellement dissociés sur toute la moitié droite du cou, du thorax et du membre supérieur droit. Pas de troubles sphinctériens. Au début, on essaya de tout rattacher à une même lésion bulbaire droite empiétant sur la pyramide gauche et n'intéressant dans le ruban de Reil médian que les fibres du membre supérieur non encore entrecroisées. Comme la malade avait perdu son mari de paralysie générale, on était tenté d'attribuer le tout à une thrombose spécifique. Aujourd'hui, le soupçon de syphilis antérieure doit être écarté, une nouvelle ponction lombaire ayant été négative ; de plus, cette malade ne présente pas le tableau de la thrombose de l'artère vertébrale. La sclérose en plaques qui peut débuter d'une manière apoplectiforme ne saurait être mise en cause : jamais elle n'a été observée avec cette symptomatologie, et les signes caractéristiques de l'affection font défaut. Actuellement, la maladie continue à évoluer ; des troubles sensitifs sont apparus sur la jambe droite. Il nous semble bien qu'il s'agisse, là encore, de syringomyélie : le mode de début, la régression, puis la réapparition de la diplopie, l'aggravation des symptômes sont en faveur de ce diagnostic. Enfin, et ceci peut servir de conclusion à ce chapitre, quand on hésite entre la syringomyélie et une autre affection déterminant une lésion unilatérale du bulbe, c'est vers la syringomyélie qu'il faut incliner pour une raison de pure statistique.

Dans les lésions cérébrales, l'hémiplégie palato-laryngée constitue un symptôme accessoire qui mérite cependant d'être recherché. Il peut y avoir des cas complexes, tel celui de Chabanne ; l'hémiplégie survint chez un syringomyélique. Il ne faudra pas trop compter sur l'atrophie concommitante de la langue pour attribuer, dans un cas de ce genre, l'hémiplégie palato-laryngée à une lésion bulbaire coïncidant avec une hémiplégie cérébrale des membres et de la face ; d'une part, le noyau de l'hypoglosse n'est pas fatalement pris, quand le syndrome est d'origine bulbaire ; d'autre part, les recherches récentes de Mingazzini ont définitivement établi la possibilité

d'une hémi-atrophie linguale légère par lésion sus-nucléaire.

Tel est l'hémi-syndrome palato-laryngé que l'on désigne bien souvent sous les noms de *syndrome d'Avellis* (voile et corde), de syndrome de Schmidt (voile, corde, sterno et trapèze), de syndrome de Jackson *incomplet* (voile, langue et corde), de syndrome de Jackson *complet* (voile, langue, corde, sterno et trapèze).

Récemment, Tapia a insisté sur la paralysie de la langue et du larynx sans participation du voile, avec ou sans participation du sterno-mastoïdien et du trapèze. Et on pourrait ainsi créer autant de syndromes qu'il peut y avoir de combinaisons paralytiques. Aussi, tout en reconnaissant le mérite qui revient aux auteurs d'avoir mis en lumière les associations paralytiques que nous avons étudiées, proposons-nous de supprimer toute terminologie qui comprend des noms propres et de désigner les syndromes d'après le nom des organes lésés.

OBSERVATION I. — M. Lhuil..., garçon de café, âgé de 42 ans, vint consulter au début du mois de juin, à l'hôpital Lariboisière, à la consultation de M. Sebileau, pour une paralysie faciale et des troubles de la phonation et de la déglutition survenus brusquement à la suite d'un coup de couteau dans l'oreille.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler. De ses quatre frères, l'un est mort d'une insolation, les trois autres sont des tousseurs ; l'unique sœur est bien portante.

Le malade est marié, a deux enfants vivants. Sa femme a fait une fausse couche il y a quatre mois. Il a eu, à l'âge de 8 ans, un abcès au niveau de l'espace de l'hyoïdo-pectoral, qui a laissé une cicatrice étroite lisse et non pigmentée. En 1887, étant à Oran, il aurait eu une mastoïdite du côté gauche.

Le malade nie tout accident syphilitique, et même objectivement on ne trouve rien qui puisse faire soupçonner une infection spécifique. Le malade prétend ne pas boire en excès, et il ne présente ni pituites matutinales ni tremblement des doigts. Par contre, il est extrêmement émotif, mais n'a jamais ni crises hystériques ni même de crises de pleurs.

Le 7 mai dernier, sa femme, sans le vouloir, lui porta un coup de couteau dans l'oreille gauche. La lame très fine entailla l'anthélix, sans glisser dans le conduit auditif externe. La blessure saigna très abondamment et le malade en fut très effrayé sur le

coup. Immédiatement après, il s'aperçut que sa face était déviée vers la droite et que sa voix avait changé de timbre, et était devenue rauque. Une heure après, voulant boire, le liquide qu'il avala lui revint par le nez ; et depuis son état ne s'est pas modifié. Au moment de l'accident, il n'avait pas perdu connaissance.

Examen du 8 juin 1907. Nerfs crâniens. — Le malade présente une paralysie gauche totale. L'œil de ce côté est plus ouvert que celui de droite, et le malade ne peut le fermer ; pendant les tentatives d'occlusion, le globe oculaire est tourné en haut et en dehors (signe de Charles Bell). Au début il existait de l'épiphora qui aujourd'hui a disparu.

Le malade ne peut pas relever la commissure labiale gauche et quand il essaie de souffler, sa joue gauche est soulevée par l'air. Impossibilité de siffler. Le peaucier est pris.

Il n'y a pas d'hyperacousie, mais il ne faut pas oublier que le malade a eu une mastoïdite du côté gauche. Par contre, il existe de l'hémiagneusie gauche, mais celle-ci n'est pas limitée au territoire de la corde du tympan ; elle occupe aussi le tiers postérieur de la langue, innervé par le glosso-pharyngien.

La sensibilité de la face est normale, sauf une petite plaque hypoesthésique à la tempe gauche, par contre toute la moitié gauche de la bouche et de la langue est moins sensible au contact et à la piqûre que le côté opposé.

Le réflexe cornéen est sensiblement diminué à gauche. De plus, il existe une diminution notable de l'odorat du même côté.

Le masséter et le temporal ont toute leur force, et le réflexe mentonnier est normal.

La langue est tirée droite ; son côté gauche est le siège de nombreuses rhagades ; son côté droit est recouvert d'un enduit blanc et animé de nombreux et incessants tremblements fibrillaires.

La moitié gauche du voile et du pharynx est paralysée (déviation vers la droite, immobilité des piliers et des constricteurs gauches). A cette paralysie correspondent des troubles marqués de la déglutition, avec rejet des aliments liquides et même solides par la narine gauche principalement.

La voix est bitonale et on observe de la rhinolalie ouverte ; la corde vocale gauche est immobile en position intermédiaire, tant dans la respiration que dans la phonation. La corde droite normale ne dépasse pas la ligne médiane.

Le contact d'une sonde est bien perçu dans toute l'étendue de la muqueuse laryngée et pharyngée ; mais du côté gauche cet at-

touchement ne provoque pas le moindre réflexe de régurgitation.

Du côté de l'oreille, l'examen otoscopique ne révèle rien d'anormal ; sur la conque, sur l'anthélix on voit une petite cicatrice linéaire, trace du coup de couteau. Les épreuves auditives donnent les résultats suivants : Le Rinne est positif des deux côtés, le Weber latéralisé à droite ; le Schwabach sensiblement diminué à gauche ; la perception aérienne est également diminuée à gauche La pression sur un point situé en avant du trapèze provoque une forte douleur. Les trapèzes et les sterno mastoïdiens sont normaux.

L'examen des yeux (Dr Béal) ne révèle rien d'anormal. Enfin l'examen électrique de la face, obligeamment pratiqué par le Dr Huet a montré un début de DR (diminution de l'excitabilité faradique, excitabilité galvanique exagérée, sans inversion polaire, sans contractions lentes). Au niveau de la langue et du voile il n'existe pas de modifications notables des réactions électriques.

Examen général. — Il n'existe sur le tronc et les membres aucun trouble de la motricité ou de la sensibilité. Les réflexes patellaires sont exagérés des deux côtés. Il n'y a pas de clonus. Les réflexes plantaire et d'Oppenheim se font en flexion, et le réflexe adducteur du pied n'existe pas. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont normaux.

Aux poignets, les réflexes sont plutôt faibles. Le réflexe du coude normal à gauche est *manifestement exagéré à droite.*

Point de troubles sphinctériens.

On ne trouve ni rétrécissement du champ visuel, ni points d'hyperesthésie d'aucune sorte.

Le psychisme du malade est normal, mise à part, une émotivité très vive.

L'examen viscéral ne révèle aucune tare, pas d'artériosclérose, ni insuffisance cardiaque ou rénale.

Le pouls est normal comme fréquence et comme tension.

OBS. II [1]. Mme Regn..., concierge, âgée de 34 ans, est entrée dans le service du Prof. Raymond, le 10 septembre 1898, salle Rayer (actuellement salle Cruveilhier, n° 6).

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, on note que

[1] Cette observation a été publiée déjà deux fois : d'abord dans les leçons du Prof. Raymond, Ve série, 1901, leçon XVI, ensuite par Raymond et Guillain dans la *Revue Neurologique*, 1906, p. 41. Nous résumerons ici les deux examens antérieurs et nous donnerons l'état actuel de la malade.

son père était grand buveur et qu'il se suicida, que sa mère est morte paralysée, après avoir mis au monde six enfants dont les trois premiers moururent an moment de la naissance.

Dans ses àntécédents personnels on ne trouve qu'une rougeole et des hémoptysies, signes d'une tuberculose qui survint à la puberté. Pas de signes de syphilis.

La maladie débuta en avril 1897 pur une parésie de la main droite. Puis en septembre de la même année, la voix de la malade s'est couverte, est devenue nasonnée en même temps que se montrèrent des troubles de la déglutition (rejet des liquides par le nez). Depuis ce moment fréquentes palpitations cardiaques. Au mois d'août 1898 la malade eut pendant l'espace d'une journée la joue droite froide et engourdie ; ce phénomène s'accompagna d'un écoulement abondant de salive par la commissure labiale droite. Jamais de céphalées, de syncopes ou de vomissements.

Examen en septembre 1898. — La malade se plaint d'une sensation de faiblesse dans le bras droit : il existe une simple parésie, atteignant surtout l'abduction du bras, l'extension de l'avant-bras et de la main. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont exagérés, de même ceux des membres inférieurs qui sont normaux par ailleurs. Réflexe de Bąbinski douteux. Les réactions électriques ne montrent aucun changement, en dehors de la face ; de même la sensibilité à l'exception du sens stéréognostique qui est un peu incertain à droite.

Pas de paralysie faciale. Hyperesthésie dans le domaine des deux branches inférieures du trijumeau droit. Diminution des excitabilités galvanique et faradique dans le facial inférieur.

Timbre nasonné de la voix ; articulation défectueuse. Reflux des liquides par le nez. Mastication normale, langue de même. *Paralysie subtotale du voile du palais à droite.* Perte du réflexe pharyngé droit ; la sensibilité de l'isthme du gosier est émoussée moins à gauche qu'à droite. *Paralysie de l'abducteur de la corde vocale droite.* Nystagmus dans les positions extrêmes, surtout dans le regard vers la droite. Pupilles et fond d'œil normaux. Goût intact ; odorat faible du côté droit.

Examen en 1899. -- Démarche titubante et spasmodique. Exagération des réflexes tendineux des deux côtés ; clonus du pied bilatéral. Légère parésie du membre supérieur droit qui est le siège d'une contracture peu prononcée. La main est en flexion permanente.Troubles de la sensibilité articulaire à la main droite ; aucun trouble de la sensibilité superficielle. La main droite un

peu ataxique, plane au-dessus du verre. Le sens stéréognostique est perdu dans cette même main.

Au point de vue des nerfs crâniens, on note l'exagération du réflexe mentonnier, une surdité de l'oreille droite (sclérose de la caisse), de fréquents vertiges et un écoulement salivaire abondant. Pour le reste, aucun changement.

En décembre 1905. Membre supérieur droit. — Les trois derniers doigts de la main sont fléchis sur la paume, le pouce et l'index restant relativement libres (attitude de la main, de la syringomyélie spasmodique). Mouvements du poignet assez faciles ; la flexion de l'avant-bras est faible et le bras ne peut être soulevé au-dessus de l'horizontale.

Membre supérieur gauche. — Sensation de faiblesse de la main ; les deux derniers doigts auraient une certaine tendance à se fléchir. Faiblesse de la flexion de l'avant-bras et difficulté pour mettre le bras sur la tête Très légère atrophie du membre.

Examen électrique. — Pas de DR. Les réactions sont un peu diminuées dans le biceps et le deltoïde droits ; moins dans les muscles correspondants du côté opposé. La plus forte diminution se rencontre dans la partie moyenne du trapèze droit.

Il existe quelques troubles vasomoteurs : sensation de froid au palper, tendance au dermographisme.

Membres inférieurs. — Démarche spasmodique ; pas d'atrophie. Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés, clonus du pied, danse de la rotule et signe de Babinski bilatéraux. Réflexe contralatéral des adducteurs.

Réflexes nuls aux poignets, exagérés aux coudes et aux massétères.

Cyphose de la colonne vertébrale sans scoliose ; tendance au thorax en bateau.

Cou et face normaux. Langue et pharynx comme auparavant.

Envies fréquentes et impérieuses d'uriner.

Sensibilités. — Les sensibilités au tact et à la piqûre sont diminuées dans la bande radiculaire externe de l'avant-bras gauche. La notion de chaleur n'est pas toujours exacte ; d'une façon générale le froid et la chaleur sont mieux perçus à droite qu'à gauche.

Sens stéréognostique aboli des deux côtés.

Etat actuel le 7 juin 1906. Membres inférieurs. — La démarche est spasmodique ; la malade marche à petits pas et en traînant les pieds. La force musculaire est bonne ; les réflexes rotuliens sont très exagérés et leur recherche provoque un

clonus de la jambe. Réflexe plantaire en flexion à droite, en extension à gauche. Oppenheim en flexion à droite, indifférent à gauche. Réflexe abdominal nul à gauche, conservé à droite.

Les sensibilités au contact et à la piqûre sont normales ; la sensibilité thermique est presque complètement perçue dans toute l'étendue du membre inférieur gauche sans que l'anesthésie empiète sur le tronc et un peu diminuée à la partie interne du pied et de la jambe droite. La sensibilité articulaire est abolie aux orteils des deux pieds.

Membre supérieur droit. — Les quatre derniers doigts sont fléchis et rétractés, et cela d'autant plus que l'on s'éloigne de l'index vers le petit doigt. La flexion et l'extension des doigts et la flexion de la main sont très faibles, l'extension de la main étant un peu meilleure. La pronation et la supination sont nulles. La flexion de l'avant-bras est encore plus mauvaise que l'extension. Les mouvements du bras sont très affaiblis, en particulier l'adduction ; même sans résistance, la malade ne peut élever le bras jusqu'à l'horizontal. Le *mouvement d'élévation de l'épaule* (trapèze) *est nettement diminué.*

Membre supérieur gauche. — Même état, sauf en ce qui concerne la flexion de l'avant-bras qui y est meilleure et l'élévation du moignon de l'épaule qui est bien conservée. De plus, il n'existe pas de rétraction des doigts qui peuvent être fléchis spontanément.

Les réflexes du poignet, faibles à droite, sont manifestement exagérés à gauche et la réponse est toujours un mouvement de flexion des doigts quel que soit le point excité. Le réflexe olécrânien est vif à gauche, faible à droite.

Atrophie musculaire. — Il en existe un léger degré au niveau des éminences thénar et hypothénar de la main droite ; elle est au contraire prononcée sur le bras et l'épaule du même côté.

Examen électrique. — Il n'existe qu'une très légère diminution des excitabilités électriques dans les divers muscles des membres et du cou.

Cou et thorax. — Les mouvements sont tous normaux ; la rotation de la tête dans les deux sens (sterno-cléido-mastoïdien).

Sensibilité. — Au contact la sensibilité est légèrement émoussée à la face externe du bras et de l'avant-bras, et sur toute la main. Pour la piqûre et la température, les deux membres supérieurs sont pris en totalité, mais inégalement en ce sens que les perceptions sont un peu mieux conservées sur le territoire radiculaire de la VIIIe cervicale et de la 1re dorsale. La thermo-analgésie

prend en outre toutes les racines cervicales de C à C, davantage à droite qu'à gauche. Le sens articulaire est troublé en particulier au niveau de la main droite qui est un peu ataxique. Sens stéréognostique aboli des deux côtés. Il n'existe aucune asynergie statique.



Fig. III

Nerfs crâniens. — La musculature faciale fonctionne bien. Le territoire du trijumeau cutané droit est hypoesthésique à la piqûre et à la chaleur, le contact étant bien perçu ; les réflexes cornéens sont conservés, les réflexes conjonctivaux nuls. La mastica-

tion est bonne et le réflexe massétérin vif. La langue est tirée légèrement à droite ; les bords sont animés de tremblements fibrillaires et sont un peu amincis. La sensibilité des muqueuses buccale et linguale est normale. Goût et odorat : rien à noter. Surdité droite d'origine scléreuse tympanique. Pas de tendance à

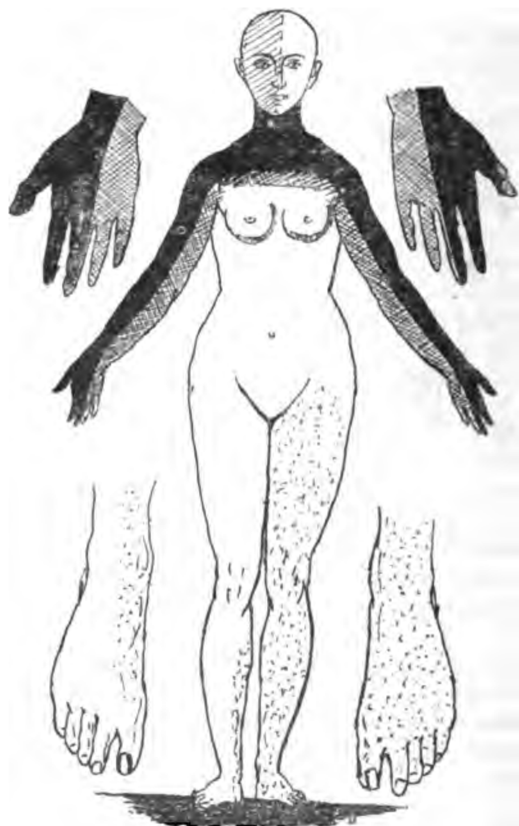


Fig. IV

tomber d'un côté ou de l'autre. Sur la machine centrifuge on ne constate aucune anomalie prononcée.

Yeux. — (D[r] Dupuy-Dutemps) : Fond d'œil et pupilles normaux.

Excursion des globes oculaires normale en étendue; nystagmus dans les positions latérales : Pas de diplopie.

Pharynx et larynx (Lemaître). — La déglutition est toujours très troublée, les liquides et même les solides reviennent par les deux narines. La phonation est très améliorée; il n'existe que de la rhinolalie ouverte. Objectivement le voile du palais, même au repos, est dévié à gauche, la luette dépasse la ligne médiane et l'arc palatin est légèrement abaissé. Quand la malade prononce la voyelle A, l'asymétrie devient considérable et en provoquant le réflexe pharyngé, toute la moitié droite de la paroi postérieure du pharynx est attirée vers la gauche. Il existe une paralysie totale de la corde vocale droite compensée par la corde gauche qui, pendant la phonation, vient au contact de la droite. L'aryténoïde droit a basculé en avant. La bande ventriculaire découvre la corde vocale davantage à droite qu'à gauche. La sensibilité du larynx et du pharynx est parfaitement conservée, de même la sensibilité réflexe.

Examen viscéral. — Le pouls bat à 102 à la minute mais plus récemment la malade a été prise de crises de vertiges et de palpitations au cours desquelles le pouls, régulier, battait à 136. Cœur normal. Aux poumons, signes de tuberculose à évolution, fibreuse. Rien par ailleurs.

OBS. III. — Mme Dil..., 47 ans, employée à la Manufacture des Tabacs, entrée le 9 avril 1907, dans le service du Prof. Raymond à la Salpêtrière (Salle Cruveilhier, n° 16). Sortie le 5 juin 1907).

C'est pour des douleurs et de la faiblesse du bras gauche et de la raucité de la voix, que cette malade vint successivement consulter dans le service de M. Sébileau et à la Salpêtrière.

Les antécédents héréditaires et collatéraux n'offrent aucun fait digne d'être noté.

Personnellement, sauf une rougeole dans la première enfance, Mme Dil. n'a jamais été malade, jusqu'au début de la maladie actuelle. Réglée à 15 ans 1/2, elle l'a été régulièrement depuis jusqu'à l'an dernier. Elle s'est mariée à l'âge de 20 ans. Elle n'a eu qu'un enfant mort, à 6 mois, de méningite. Elle n'a jamais fait de fausse couche et on ne peut retrouver ni dans ses antécédents ni objectivement sur elle-même aucun indice en faveur d'une infection syphilitique. Son mari était bien portant; elle l'a quitté parce qu'il était brutal et buveur.

Le début de l'affection actuelle remonte à 1899; ce furent d'abord, partant du poignet pour gagner l'épaule et le sein, des douleurs

lancinantes dans tout le bras gauche, douleurs surtout nocturnes, intermittentes et légères dans les premiers temps, continues et assez violentes actuellement. La malade ressentit ensuite une assez forte dyspnée au moindre effort et, depuis un an que ses règles sont irrégulières, elle se plaint de bouffées congestives de la face.

Elle a continué à travailler jusqu'à il y a dix-huit mois, peu à peu le travail devint de plus en plus pénible à cause d'un affaiblissement progressif de la main gauche. Depuis un an la malade ne peut rien faire.

En même temps que les troubles moteurs du côté de la main sont survenus un enrouement de la voix d'abord intermittent, actuellement permanent et une douleur très violente dans la nuque, avec irradiation du côté du vertex et de l'œil gauche.

La malade n'a jamais eu de vomissements et a commencé à présenter des troubles de la déglutition (rejet des liquides par le nez) il y a quelques semaines seulement.

Examen le 18 avril 1907. — Il n'y a rien à signaler du côté des *membres inférieurs* ni au point de vue de la motricité ni du côté de la sensibilité. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés des deux côtés, peut-être davantage à gauche. Il existe une ébauche de trépidation spinale du pied, du côté gauche seulement. Le réflexe plantaire se fait en extension à gauche, en flexion à droite. Les sphincters sont normaux.

Du côté du *tronc*, la force musculaire est également bien conservée et il n'existe pas de troubles de la sensibilité sur sa partie abdominale et dorsale inférieure. Les réflexes abdominaux sont conservés.

Membres supérieurs. — Le bras droit est normal en tous points. Au membre supérieur gauche, la force musculaire est conservée et on ne constate pas trace d'atrophie musculaire. Les réflexes tendineux et périostés du poignet et du coude sont forts. Mais il n'existe pas ici, pas plus que du côté des jambes, le moindre degré de contracture. Par contre, on note l'existence d'une ataxie et d'un tremblement intentionnel des plus nets. De même à gauche seulement, la diadococinésie est troublée ; la malade y fait les marionnettes assez mal et oppose le pouce aux autres doigts avec maladresse.

La *sensibilité* est très troublée. Au point de vue des sensibilités superficielles il existe une dissociation syringomyélique des plus nettes. Le contact est senti partout et correctement localisé. La piqûre n'est pas sentie sur toute l'épaule, tout le bras et la moitié

externe de l'avant-bras et de la main. Sur cette dernière, la zone anesthésique n'occupe que le pouce, l'index et la partie correspondante de la paume et du dos. Le reste de la main et la moitié interne de l'avant-bras perçoivent bien la piqûre, mais pas aussi vivement que les parties correspondantes du côté droit.



Fig. V (obs. I)
Thermo-analgésie.

L'anesthésie au froid et à la chaleur se superpose exactement à l'analgésie.

La sensibilité articulaire (sens des attitudes) est profondément

troublée au niveau du pouce, un peu moins à l'index. Elle est normale partout ailleurs.

Le sens stéréo gnostique est conservé.

De l'épaule la thermo-analgésie s'étend sur la moitié gauche du *thorax* et du *cou*. Elle est limitée au dedans par la ligne mé-

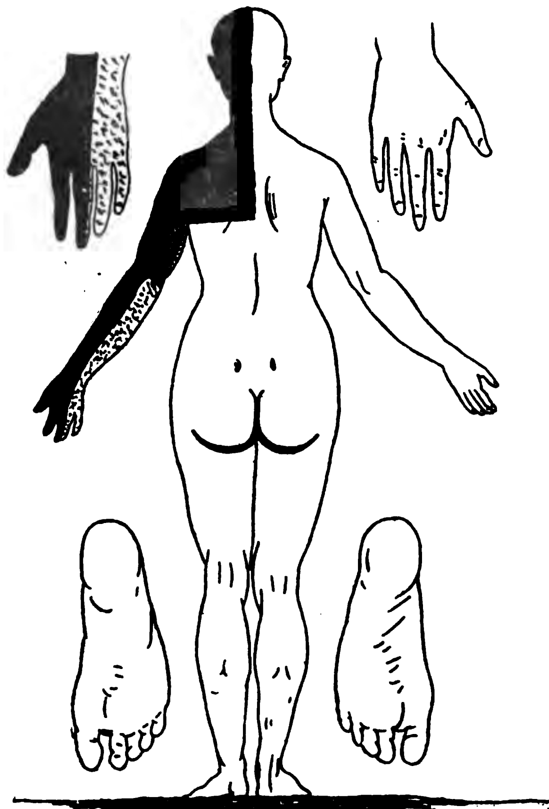


Fig. (Obs. III)

Thermoanalgésie

diane, en bas par un plan passant par la 4e côte ; en haut elle occupe tout le cou jusqu'au vertex en empiétant un peu sur le maxillaire inférieur et en prenant l'oreille. Il nous a semblé que

du côté droit également l'oreille et le cou sont un peu hypoesthésiques à la chaleur. La force musculaire du cou est bien conservée.

Nerfs crâniens. — La musculature faciale est normale. On n'observe aucun trouble dans le domaine de la branche motrice ou des branches sensitives du trijumeau. La langue est tirée un peu de travers vers la droite et il existe peut-être un petit méplat à sa partie antérieure et gauche. L'ouïe, l'odorat et le goût sont intacts.

Examen des yeux. (Dr Dupuys-Dutemps). — Pas de lésions du fond de l'œil. *Pupille gauche étroite ; signe d'Argyll Robertson.* Pupille droite normale. *Parésie du droit externe* de l'œil gauche qui se manifeste par la limitation des mouvements de cet œil en dehors et des secousses saccadées de nystagmus accompagnant ce mouvement. Il n'y a cependant pas de diplopie.

Examen du larynx et du pharynx (Lemaître). — Troubles fonctionnels : La déglutition est très troublée ; à moins que la malade ne mange très lentement et avec beaucoup d'attention, les aliments reviennent par la narine gauche. La voix est bitonale et il y a de la rhinolalie ouverte.

Signes physiques : Au repos, le voile du palais est à peu près symétrique ; mais à l'occasion d'un réflexe on le voit se porter vers la droite ; la luette et la gouttière du voile suivent le même mouvement et la muquense pharyngée est tirée comme un rideau du même côté.

La corde vocale gauche est immobilisée en position cadavérique et l'aryténoïde correspondant légèrement basculé en avant. La corde vocale droite atteint la ligne médiane sans la dépasser, sans faire la compensation.

La sensibilité consciente et réflexe est conservée tant au niveau du voile que sur les muqueuses pharyngée, épiglottique et glosso-épiglottique.

L'*examen viscéral* n'a montré aucune anomalie chez cette femme, en dehors d'une fréquence du pouls, recherchée à plusieurs reprises et qui donnait de 96 à 100 pulsations.

La ponction lombaire a été tentée deux fois sans succès, à cause de l'obésité de la malade.

OBS. IV [1]. — Le nommé F..., 18 ans, mécanicien, a été admis à la

[1] Cette observation, que nous ne faisons que résumer ici, paraîtra, *in extenso*, dans le numéro de septembre-octobre de l'*Iconographie de la Salpêtrière,* sous la signature de MM. Raymond et Lejonne qui ont bien voulu nous permettre de joindre ce cas aux nôtres.

Salpêtrière salle Bouvier, n° 19, dans le service du Prof. Raymond, au mois de mai 1907.

La maladie a débuté environ vers l'âge de 11 ans par une augmentation de volume de la main droite, suivie de crampes dans le bras. Vers 14 ans, alors qu'il était en apprentissage, le malade commença à se voûter, à sentir une faiblesse dans le bras droit et à présenter de la difficulté pour avaler. Aggravation progressive. Depuis un an le malade traîne les jambes. La scoliose, malgré un traitement orthopédique, n'a fait que s'accentuer.

Etat actuel. Nerfs crâniens. — Paralysie de la corde vocale droite ;

Parésie de la moitié droite du voile du palais ;

Hémiatrophie linguale droite ;

Parésie du muscle grand oblique de l'œil droit ;

Thermohypoesthésie dans la sphère du trijumeau droit ;

Trapèze et sternocléidomastoïdiens droits normaux.

Moelle. — Parésie spasmodique des deux membres inférieurs avec clonus du pied, danse de la rotule et signe de Babinski ;

Parésie du membre supérieur droit avec diminution des réflexes ;

Spasmodicité légère du membre supérieur gauche ;

Hémihypoesthésie droite pour la température, le tact et la douleur ; l'hypoesthésie est moins prononcée pour le tact et la douleur depuis la plante du pied jusqu'au territoire de la 2e racine cervicale inclus. Erreurs de localisation dans le domaine de la 1re racine cervicale ;

Dans le territoire de la 4e racine cervicale il existe de l'anesthésie totale à la chaleur ;

Les sensibilités profondes (articulaire et osseuse) sont très troublées dans tout le côté droit ; de même le sens stéréognostique :

Scoliose considérable à convexité droite ;

Cheiromégalie droite et ébauche d'arthropathie scapulo-humérale.

OBS. V. — Mlle Eugénie Por..., 37 ans, sans profession, entre le 28 mars 1906 dans le service du Prof. Raymond à la Salpêtrière, salle Cruveilhier, n° 13, pour une incapacité motrice du bras droit et de la raucité de la voix dont l'origine remonte à il y a trois ans.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux nous ne trouvons à signaler que la mort du père par une attaque d'apoplexie à 59 ans et une ostéite bacillaire chez une sœur.

La malade est née à terme ; elle a été réglée à 14 ans et ses règles ont été régulières, en dehors d'une période d'aménorrhée de onze mois vers l'âge de 17 ans. Elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche.

A l'âge de 5 ans, elle eut une fluxion de poitrine ; dans l'adolescence elle souffrit de fréquentes douleurs d'estomac et d'entérocolite muco-membraneuse ; à 17 ans, elle fut atteinte de chlorose. A partir de l'âge de 15 ans, elle eut de nombreuses crises d'hystérie et cela à la moindre contrariété : crises typiques sans perte de connaissance. Ces crises ont totalement disparu depuis le début de l'affection actuelle.

La malade a travaillé d'abord dans une raffinerie de sucre, puis elle a été occupée à coller des photographies. A 23 ans, elle cessa de travailler et fit une courte apparition au café-concert. Elle y chantait lorsqu'elle tomba malade.

Mlle Por. n'a point fait abus de boissons spiritueuses et il est impossible de déceler dans ses antécédents la moindre trace d'une infection syphilitique. Cependant son premier amant (elle en eut deux) est mort à Villejuif. Il présenta des idées de grandeurs et fut enfermé à la suite d'une crise délirante (P. G. ?).

La *maladie actuelle* aurait débuté au mois de juin 1902 ; depuis plusieurs mois elle avait de grosses peines morales et pleurait sans cesse. Mais en somme elle se portait bien, lorsque, le 5 juin 1902, elle fut prise brusquement d'un état nauséeux accompagné de bourdonnements d'oreille et de vertiges. Peu de céphalée, mais parfois à l'occasion d'un mouvement elle eut des vomissements ou plutôt des régurgitations faciles. A partir de ce moment, la démarche prit le caractère de la démarche ébrieuse. De plus il existait des hoquets continuels.

Malgré tout, la malade croyait à une indisposition sans gravité et ne s'en inquiétait guère, quand vers le 20 juin elle fut prise de phénomènes douloureux dans l'articulation scapulo-humérale droite ; ces douleurs ne se produisaient que dans les mouvements de la jointure et n'irradiaient pas. En même temps, les doigts de la main droite devenaient malhabiles : s'étant mise au piano, la malade remarqua que les doigts étaient lourds et que, quand elle voulait en soulever un, c'est celui d'à côté qui se mouvait. Elle insiste sur ce fait qui se produisit du jour au lendemain. Vers cette même époque elle fut atteinte de diplopie.

Le 21 ou le 22 juin, après avoir pris l'avis d'un médecin de la ville qui lui ordonna du salicylate de soude, elle alla consulter à l'Hôpital Bichat où on la prit pour une névropathe et où on lui

conseilla un séjour à la campagne, des douches et de la teinture d'iode.

Le 8 août, elle partit en Savoie, son pays natal, et y resta jusqu'au 15 décembre. L'état nauséeux, les vertiges, la démarche ébrieuse et la diplopie qui jusque-là ne l'avaient point quittée, disparurent peu à peu, si bien qu'à la fin de son séjour, elle pouvait faire des excursions dans la montagne. Par contre, l'état local du bras droit ne s'était amendé en rien et toujours persistaient la douleur de l'épaule et la maladresse des doigts.

Le 15 janvier 1903, elle entre dans le service du Prof. Brissaud pour faire soigner son bras. Elle y entendit parler de spécificité et de névropathie. On lui fit neuf injections de biiodure d'hydrargyre. Les quatre premières furent bien supportées, mais après la cinquième les vertiges et les vomissements reparurent. Les vomissements assez pénibles, noirâtres, étaient incessants, le vertige plus intense que jamais. En même temps revint la diplopie qui dura un mois et demi, et survinrent une très légère parésie faciale qui aurait siégé à gauche, des phénomènes d'impotence du côté du membre inférieur droit et le trouble de la phonation qui subsiste encore.

A la sortie de l'Hôtel-Dieu le 31 mars 1903, l'état de la malade était identique à l'état actuel. Après avoir consulté dans différents hôpitaux, où tantôt on lui ordonna des douches, tantôt des frictions mercurielles, Mle Por. fait un nouveau séjour en Savoie, de septembre 1903 à avril 1904, sans éprouver aucune amélioration.

Le 9 mai, elle entre à la Charité dans le service du Dr Oulmont, dont l'interne M. Baudouin, notre ami, lui fit une ponction lombaire, qui permit de constater l'absence de toute lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

Le 28 mars 1906, la malade vint se faire admettre à la Salpêtrière.

Examen du 4 avril 1906. — C'est une femme assez grosse, dont la santé générale semble bonne, malgré l'existence de nombreuses varicosités sur les joues.

Elle répond de façon posée et précise aux questions, se souvient des moindres détails de sa maladie et il ne persiste rien dans son état mental et dans ses gestes (sauf un clignotement fréquent des paupières) qui rappelle son passé hystérique ; l'état psychique semble normal.

Membres supérieurs. — Au membre supérieur droit tous les mouvements de l'omoplate se font bien. L'abduction du bras ne peut se faire au delà d'un angle de 30° et se fait sans aucune

force. Les autres mouvements du bras sont faciles. La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras se font spontanément avec une amplitude normale, mais la force musculaire est diminuée. Tous les mouvements de la main et des doigts sont très affaiblis. Les mouvements des doigts sont maladroits et l'opposition du pouce avec l'annulaire est défectueuse, celle avec le petit doigt est impossible, par suite de l'insuffisance de l'opposant.

Il n'existe pas de grosse atrophie musculaire, mais l'embonpoint de la malade peut empêcher la constatation d'une atrophie légère.

La force musculaire du membre supérieur gauche est faible ; il n'existe aucune paralysie, le dynamomètre indique 25 kilogrammes alors que l'on n'obtient que 5 kilogrammes du côté opposé.

Les réflexes tendineux sont exagérés des deux côtés tant aux poignets qu'à l'olécrâne.

Membres inférieurs. — La force est conservée, sauf peut-être à droite dans les fléchisseurs des différents segments.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés ; il existe du clonus du pied et le signe de Babinski des deux côtés. La démarche est cérébello-spasmodique, en ce sens que la malade marche de travers et en fauchant de la jambe droite.

Tous les mouvements délicats ou compliqués, tels que l'écriture, le crochet, la couture, sont impossibles et il existe une ataxie des plus nettes dans l'action de porter un verre à la bouche ou de mettre l'index sur le bout du nez. Parfois on note de plus un léger tremblement de la main. Par contre il n'existe aucun des symptômes du syndrome asynergie cérébelleuse de Babinski. Cependant la station debout, les pieds joints, est impossible.

Les mouvements du tronc, du cou et de la face sont normaux. La langue est tirée droite et ne présente pas d'atrophie, mais on note des tremblements fibrillaires. La voix est rauque, bitonale. La déglutition se fait assez bien, mais la malade est obligée pour avaler de tourner la tête vers la droite. Il existe cependant une *parésie notable de la moitié droite du voile du palais*, qui se manifeste par la tonalité nasale de la voix. L'examen laryngoscopique pratiqué par le Dr Gellé montre l'existence d'une *paralysie totale de la corde vocale droite.*

L'examen de la musculature oculo-motrice ne révèle rien d'anormal, sauf un gros nystagmus ; les pupilles sont irrégulières et il existe le signe d'Argyll Robertson : Pas de lésions du fond de l'œil ni de rétrécissement du champ visuel (Dr Dupuy-Dutemps).

Sensibilité. — Il existe une anesthésie cutanée aux trois modes dans tout le membre supérieur droit, dans la partie droite du cou et du thorax anesthésiée qui, partant du rebord des fausses côtes, va en s'amoindrissant et disparaît au membre inférieur. Cette anesthésie est plus étendue et plus profonde pour la sensibilité à la chaleur et au froid que pour le simple contact et va en augmentant de la ligne médiane vers la partie extrême du membre supérieur. Au niveau du membre supérieur gauche, la malade fait au début quelques erreurs d'interprétation mais bientôt ses réponses sont justes. La face est indemme de tout trouble sensitif.

La sensibilité articulaire est profondément altérée dans le membre supérieur droit où la malade ne se rend compte exclusivement que des mouvements de l'épaule. De même au membre inférieur droit, la notion de position est pervertie au niveau des orteils et du cou-de-pied. Aux membres du côté gauche, il n'y a rien d'anormal à ce point de vue.

La sensibilité vibratoire est atteinte dans les doigts et l'avant-bras droit comme intensité et comme de la perception.

Le sens stéréognostique est complètement disparu à droite. Normal à gauche.

La sensibilité subjective ne présente de troubles qu'au niveau de l'épaule droite où il existe des douleurs continues cessant pendant le sommeil. L'articulation est d'ailleurs parfaitement mobile et on ne perçoit pas de craquements à son niveau.

Organes des sens. — *Œil*, voir plus haut.

Oreille. — Weber latérialisé à droite. La malade dit qu'elle entend moins bien de l'oreille droite depuis sa maladie. Elle entend mieux la parole que le tic-tac d'une montre (sclérose tympanique).

Elle a des vertiges incessants, surtout quand elle marche ou veut se tourner vers la gauche.

A l'appareil centrifuge on ne constate pas de trouble de l'organe labyrinthique.

Le goût et l'odorat sont bien conservés des deux côtés. Enfin il n'existe nulle part de trouble trophique ou vaso-moteur.

L'examen électrique pratiqué par le Dr Huet ne montre nulle part de DR, mais seulement une diminution de l'excitabilité électrique au membre supérieur et surtout au membre inférieur du côté droit.

Le 16 juin 1906. — On ne note rien de nouveau, sauf quelques erreurs d'interprétation sur la nature des sensations au niveau du membre inférieur droit, et cela uniquement au début de l'examen.

Mars 1907. — On constate une augmentation de la raideur

dans les membres inférieurs en même temps qu'une diminution de la force à droite pour l'abduction et l'adduction du pied et la flexion de la jambe, à gauche pour l'adduction du pied et la flexion de la jambe. Les mouvements des membres inférieurs surtout du droit sont maladroits et il existe des mouvements spasmodiques involontaires à droite. Babinski bilatéral. Réflexe d'Oppenheim en extension à droite seulement. La sensibilité au tact et à la piqûre est normale sauf peut-être une légère diminution à la partie inférieure et interne de la jambe droite. La sensibilité thermique, normale à gauche, est diminuée exclusivement pour la chaleur au niveau du pied et dans les 2/3 inférieurs de la jambe droite. Cette hypoesthésie va en se perdant sur la cuisse. La sensibilité articulaire est troublée aux orteils et au cou-de-pied droits. La pression, sur toute l'étendue du membre inférieur droit, est prise pour la piqûre ou n'est pas perçue du tout. La démarche est spasmodique et légèrement cérébelleuse. On note de l'œdème des deux jambes, d'origine probablement variqueuse.

Le réflexe abdominal ne peut être provoqué d'aucun côté, mais un embonpoint très prononcé peut expliquer cette absence.

Les troubles sensitifs du bras droit du thorax et du cou sont restés stationnaires. Cependant pour la douleur il existe une différence assez marquée entre les bandes radiculaires interne et externe du bras, cette dernière étant plus atteinte. Les douleurs scapulaires persistent.

Etat actuel : 16 juin 1907. Membres inférieurs. — Démarche spastique ; la force musculaire est bonne en dehors d'une certaine faiblesse de l'adduction du pied droit. Raideur des deux jambes plus accusée à droite. Réflexes rotuliens forts des deux côtés. Clonus de la jambe à droite. Pas de clonus du pied (contracture). Le signe de Babinski existe des deux côtés. Le contact est senti plus faiblement à droite qu'à gauche ; de même la piqûre. Pour la température on note des erreurs d'interprétation à la face interne de la jambe et la face dorsale du pied droit, mais seulement au commencement de l'examen. Le sens des attitudes est troublé aux orteils du pied droit.

Abdomen. — Normal à tous points de vue, sauf la perte du réflexe abdominal. Pas de troubles sphinctériaux.

Thorax. — Mouvements respiratoires normaux. Légère scoliose cervico-dorsale (?). La sensibilité au tact et à la piqûre est moins nette à droite qu'à gauche; il existe à la partie inférieure du thorax une zone d'hypéresthésie à la piqûre. La sensibilité thermique normale au ventre commence à diminuer vers la 4e racine

dorsale et va en se perdant complètement vers le membre supérieur droit.

Membres supérieurs. — Bras gauche normal ; réflexe olécrânien exagéré ; réflexes du poignet normaux. Membre supérieur



Fig. VII (obs. V)

Sensibilité aux 3 modes . .

droit. Ataxie très prononcée. Atrophie légère du deltoïde, de la partie inférieure du trapèze cervical et de la région sus-épineuse ; très légère atrophie des éminences thénar et hypothénar. Les mouvements spontanés très limités à l'épaule sont mieux conservés au coude et au poignet. A la main et aux doigts l'exten-

sion est meilleure que la flexion, la phonation meilleure que la supiration. La flexion de l'avant-bras est faible, l'extension plus forte. L'adduction du bras est impossible ; les autres mouvements du bras ainsi que le haussement de l'épaule sont bons. Les sensi-



Fig. VIII (Obs V)
Anesthésie aux 3 modes.

bilités au tact, à la piqûre et à la chaleur sont presque totalement perdues sur toute l'étendue du membre ; cependant sur la moitié interne de l'avant-bras elles sont mieux perçues. Par le procédé de la sommation (diapason à électro-aimant) on peut réveiller les

trois modes de la sensibilité et c'est la sensibilité au tact qui disparaît de nouveau la première. Sensibilité articulaire perdue aux doigts, au poignet et au coude, pervertie au niveau de l'épaule. Sens stéréognostique perdu à droite. Les réflexes tendineux sont normaux.

Cou.— Mobilité normale. Anesthsie absolue du côté droit aux trois modes avec participation légère de la face et en arrière du crâne jusqu'au vertex. La sensibilité est normale sur tout le côté gauche.

Nerfs crâniens. — Légère parésie faciale gauche surtout dans le domaine du facial inférieur (??). La malade ne peut pas fermer isolément les yeux. Sensibilité de la face normale; réflexes cornéens conservés. La *langue* est animée de tremblements fibrillaires, surtout à droite. La pointe en est un peu déviée vers la droite. La moitié droite est un peu moins large que la moitié gauche, mais il n'existe pas d'atrophie nette. La sensibilité linguale générale et gustative est normale, de même l'odorat. Surdité de l'oreille gauche par sclérose tympanique. Pas de troubles vasomoteurs.

Examen des yeux (Dr Dupuy-Dutemps). — Pas de lésion du fond de l'œil. Limitation de l'excursion externe de l'œil droit avec secousses nystagmiques saccadées et rotatoires dans le regard à droite. Probablement parésie du grand oblique droit et peut-être aussi du droit externe. L'absence de diplopie ne permet pas plus de précision. Signe d'Argyle-Robertson à droite.

Examen de la gorge et du larynx (Lemaître). — Les troubles fonctionnels du côté du larynx sont insignifiants, de même pour la déglutition et, à la condition que la malade mange lentement, les liquides reviennent très rarement par la narine droite. Au point de vue objectif, le voile, normal au repos, s'élève moins à droite qu'à gauche pendant la phonation; il existe donc une parésie légère de ce côté. La corde vocale droite, en position intermédiaire, ne se meut pas pendant la phonation; elle fonctionne bien dans l'inspiration. Il existe une paralysie isolée de l'adducteur. Le cartilage aryténoïde droit est basculé en avant. La corde vocale gauche vient se mettre au contact de la droite lors de la phonation. Sensibilité laryngée et pharyngée normale mais perte du réflexe pharyngien. L'examen électrique ne révèle aucun changement important dans l'excitabilité faradique ou galvanique des divers muscles de la vie de relation.

Une nouvelle ponction lombaire faite le 1er août ne révèle la présence d'aucun élément cellulaire dans le liquide céphalo-rachidien. Pas de précipité d'albumine par l'acide nitrique.

L'examen viscéral reste négatif. Le cœur bat à 82 pulsations à la minute.

BIBLIOGRAPHIE

A. — Lésions périphériques

Bowlby. — *Journal of laryngology*, 1895, p. 167.

Jacoby (Georges W.) *The journal of nervous and mental Diseases*, vol. XXXIV, mars 1907, p. 172-184.

Lermoyez. — De la non-ingérence du nerf facial dans les paralysies du voile du palais. *Annales des maladies de l'oreille*. Juin 1898, n° 6, t. XXIV, p. 564-595.

Lermoyez et Laborde. — Soc. méd. des Hôpitaux, 25 juillet 1901.

Le Meur. — Des paralysies unilatérales du voile du palais. *Thèse*, Paris, 1903, n° 224, obs. i, chez Rousset.

Remak — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1888, p. 121.

Traumann. — *D. Zeitschr. f. Chirurgie*, vol. XXXVII, 1893, p. 163.

Wiersma. — *Neurol. Centralbl.*, 1899, p. 818, obs. I.

B. — Lésions basilaires

Brindel. — *Revue hebd. de laryng.*, mars 1900.

Desvernine. — Paralysie combinée du larynx et du voile. *Annales des maladies de l'oreille*, etc., juin 1901, t. XXVII, n° 6, p. 534-564.

Falb. — *Annales des maladies de l'oreille*, etc., janvier 1902 (Soc. viennoise de laryng.).

Hayd. — *Thèse*, Tübingen, 1901.

Jackson. — *Lancet*, 1886, n° 15.

Möbius. — *Centralbl. f. Nervenheilk*, 1887, n° 15.

Remak. — Soc. Psychiatr. Berlin, 10 mai, in *Neur. Centralbl.*, 1886.

Rose (F.). — Paralysies multiples des nerfs crâniens d'un seul côté. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1904.

Schlodtmann. — *D. Zeitschr. f. Nervenheilk*, V, 1894, p. 471, obs. i.

St. Mackensie. — *Brit. med. journal*, mars 1889.

Tilley. — *Journal of. laryng*. (Soc. laryng., Londres, 2 juin 1899.

Vincent. — *Revue neurol*, 1906, p. 1196.

Wiersma. — *Neur. Centralbl.*, 1899, p. 818, obs. ii.

C. — Lésions intra bulbaires

I. — *Apoplexie bulbaire.*

Babinski. — Soc. neurol., Paris, 6 déc. 1906, obs. iii.
Babinski et Nageotte. — *Revue neurol.*, 1902, p. 358, obs. ii.
Breuer et Marburg. — *Arbeiten aus d. neurolog. Institut der Universitat.*, Wien, 1902.
Cestan et Chenais. — Du myosis dans certaines lésions bulbaires en foyer. Hémiplégie du type « avellis » associée au syndrome oculaire sympathique. *Gaz. des Hôpitaux*, 29 oct. 1903, n° 125, p. 1229-1233.
Duménil. — *Archives générales de médecine*, 1875.
Eisenlohr. — *Arch. f. Psych.*, vol. IX.
Gottstein-Biermer. — *Lehrbuch der Kehlkopfkrankh.* p. 305.
Hirt. — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1885, n° 26.
Hoffmann. — *D. Archiv. f. klin. med*, 1901.
Hun. — *New-York med. Journ.*, 1897.
Mann. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, p. 244.
R. Müller. — *D. Archiv. f. klin. med.*, V, 86, 1905.
Rausohoff. — *D. Zeitsch. f. Nervenheilk*, XV, 1899, p. 72.
Scanes Spiner. — *Journal of laryng.*, 1898.
Senator. — *Archiv. f. Psych.*, XI, 1881, p. 713.
Wallenberg. — *Arch. f. Psych.*, XXVII, p. 504, 1895.
Wallenberg. — *Arch. f. Psych.*, XXXIV, 1901.
Wallenberg. — *D. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, p. 227.

II. — *Polio-encéphalites.*

Eisenlohr. — *Arch. f. Psych.*, XIX, p. 314.
Henschen. — *Upsala lökarefören forl.*, XXI, 1886.

III. — *Tabès.*

Davidson et Westheimer. — *D. med. Wochenschr.*, 1904, n° 47.
Fournier. — *Marseille médical*, 15 juillet 1902.
Pel. — *Berl. klin. Wochensch.*, 1887, p. 126.

IV. — *Syringomyélie.*

BERNDT. — *Thèse*, Kōnigsberg.
BERNHARDT. — *Arch. für Psych.*, XXIV, p. 955.
BOOTH. — *Med. Record.*, 1er septembre 1888.
HEAD et THOMPSON. — Obs. XVI, Brain, 1906.
HOFFMANN. — *D. Zeitschr. f. Nervenheilk,* III, p. 1, obs. IX.
HORNE. — *Journal of. laryngol.*, 1897, p. 430.
IVANOFF. — Soc. neurol. et Psych., Moscou, janvier 1915 in *Rev. Neur.* obs. III et IV.
A.-F. MULLER. — *D. arch. f. klin. med.*, LII, p. 259.
RAICHLINE. — Des symptômes bulbaires de la syringomyelie. *Th.*, Paris, 1892.
SCHLESINGER. — *Die syringomyélie*, Wien, 1902, obs. I, III, V, XVII, etc., p. 186.
STEIN. — Congrès de Nuremberg, 1893, in *Neurol. Centralbl.*, p. 668.
TAMBAURER. — In *Neurol. Centralbl.*, 1892, p. 493.
TILLEY. — *Brit. med. journal*, 15 avril 1899.
WIERSMA. — *Neur. centralbl.*, 1899, p. 818, obs. II.

D. — LÉSIONS SUS-NUCLÉAIRES

COMTE. — Paralysies pseudo-bulbaires. *Th.*, Paris, 1900.
DÉJERINE. — Soc. biol., 1891.
GAREL. — Centre cortical laryngé. Paralysies vocales d'origine cérébrale. *Annales des maladies de l'oreille*, juin 1886, n° 6, p. 218-232.
GAREL et DOR. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1890.
LE MEUR. — *Loco citato*, obs. XXXVI.
SEMON. — *Journal of laryng.*, juillet 1893.
WOLLENBERG. — *Neur. Centralbl.*, 1896.

E. — CAS DOUTEUX

AVELLIS. — *Berl. klinik.*, 1891, n° 40.
CHAUVEAU. — Soc. franç. de laryngol., 1900.
ERB. — *D. Arch. für klinik. med.*, IV, 1868.
LAKE. — *Journal of. laryngol.*, 1899.
LAVRAND et PANIER. — Le facial et l'innervation motrice du voile du palais. in *Thèse* Panier, Paris, 1906, n° 268, chez Bonvalot-Jouve.
ZANDER. — *Arch. f. laryngol.*, 1900, IX.

F. — Généralités et cas divers

Brunzlow. — *Thèse*, Berlin, 1890.
Cartaz. — *Ann. des maladies de l'oreille*, 1895, p. 536.
Fürrstner et Zacher. — *Arch. für Psych.*, XIV, p. 422.
Griner. — Les paralysies recurrentielles. *Thèse*, Paris, 1898, chez Carré et Naud.
De Jong. — *Thèse*, Fribourg i/Br. 1891.
Krauss. — *Virchow. Arch. C. J.* p. 304.
Lamacq. — *Revue de médecine*, 1895.
Ed. Müller. — *Die multiple sklerose*, Iéna, 1904.
Raymond. — *Leçons*, 1re série, 1896, p. 323.
Seeligmuller. — *Arch. f. Psych.*, 1871, III.
Schlesinger. — *Neur. Centralbl.*, 1893, p. 685.
Schlesinger. — *Wien. med. Wochenschr.*, 1891, obs. III.
Schmidt. — *Die medical Wochenschr.*, 1892.
Weintraud — *Die zeitschr. f. Nervenheilk.*, V, p. 353.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Le noma de l'oreille, par R. HOFFMANN (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, t. LI, n° 4).

C'est une affection excessivement rare de l'oreille. Hoffmann nous rapporte le résumé de plusieurs observations, dont une très ancienne est prise par son maître Bezold en 1878. Avant d'aborder son sujet, Hoffmann résume en détail nos connaissances sur le noma, en général, et sur celui de la joue en particulier. La plupart des auteurs voient dans la rougeole une maladie prédisposante au noma. Le noma de l'oreille a, en somme, les mêmes caractères que le noma de la joue. Jusqu'à présent on ne l'a observé que chez des enfants. La tuberculose, devenue probablement manifeste après la rougeole, a facilité l'éclosion du noma de l'oreille. Dans le conduit, on voit chez des enfants, d'un mauvais état général, se développer sur un endroit une petite tache bleue rougeâtre, parfois noire, en même temps, s'établit une sécrétion brunâtre ayant une odeur cadavérique. Le pavillon est soulevé d'une façon caractéristique par une tuméfaction du conduit et de son entourage. Bientôt la destruction fait de grands progrès, des morceaux gangréneux de cartilage sont expulsés au milieu d'un liquide sanieux.

L'étude histologique de la question est encore peu avancée. Il s'agit probablement d'une thrombose due à une espèce de streptotrix décrite dernièrement par Seiffert et Perthes.

Le diagnostic doit être posé très vite pour permettre l'intervention chirurgicale. Non opérés, les petits malades meurent généralement en quelques jours. On a essayé, en dehors de l'opération, différents autres traitements. Acholediani prétend avoir guéri 3 cas de noma avec des compresses trempées dans une solution de pyoktannin à 1 $^0/_0$. D'autres recommandent l'emploi de la lumière rouge et les irrigations à l'eau oxygénée. Hoffmann propose l'essai avec les rayons X et l'hypérémie d'après Bier. La littérature détaillée de la question est ajoutée au travail.

LAUTMANN.

Sept nouveaux cas de thrombose du sinus après guérison de l'otite moyenne aiguë, par Voss (Riga) (*Zeitsch. f. Ohrenheilk*, Bd LIII, tome 1).

Sur 46 cas de thrombose du sinus opérés depuis 1896, Voss a observé 11 cas dans lesquels la thrombose est apparue après guérison de l'otite qui lui a donné naissance. Cet énorme pourcentage (26 °/$_0$) constitue un contraste avec ce que la clinique journalière nous enseigne.

Non seulement la thrombose du sinus est rare dans l'otite moyenne aiguë, mais, ce qui est une exception même dans les très grands services otologiques, est l'apparition de la thrombose du sinus après guérison de l'oreille. Il nous semble intéressant de résumer deux observations sur les septs nouveaux cas publiés par Voss.

OBS. VI. — Ouvrier de 33 ans a, en janvier 1905, de la rhinite, des douleurs et des bourdonnements dans l'oreille droite. Une semaine plus tard, otorrhée abondante à droite qui cesse au milieu d'avril. Une sensibilité de l'os derrière l'oreille a longtemps persisté. Au moment de l'examen, le malade se plaint de violentes douleurs de tête à droite, prétend avoir eu la fièvre les deux dernières semaines, avec frissons tous les jours, nausées et vomissements.

Etat du 17 mai 1905. Sujet vigoureux faisant l'impression d'un grand malade avec sensorium libre, température 38,7 pouls 80. Pas de paralysie faciale, pupille, fond de l'œil, mouvements de l'œil normaux : Pression de main à droite moins forte qu'à gauche. Jambe droite moins longue que la jambe gauche. A chaque pas, qu'il fait avec la jambe droite, la tête lui fait mal. Apophyse douloureuse, tympan luisant, gris foncé, non perforé. Liquide cérébro-spinal normal.

Opération le 18 mai 1905. On tombe sur un abcès péri-sinusien. La paroi du sinus montre une perte de substance derrière le genou du sinus. Le thrombus a une longueur de 0,08 m. Excision de la paroi du sinus. *L'antre n'est pas ouvert.* La veine jugulaire n'est pas ligaturée. Suture de la brèche opératoire sur tampon. Le 26 juin guérison.

OBS. IX. — Ouvrier de 29 ans dit avoir eu, il y a deux mois, des douleurs et un écoulement dans l'oreille gauche. La sécrétion s'est tarie au bout d'un mois. Depuis deux semaines, il se plaint de bourdonnements dans l'oreille gauche et de maux de tête à gauche. Pas de sueurs, pas de vomissements, pas de vertige. Le

malade est pâle, il fait l'impression d'être gravement atteint ; son sensorium est libre. Température 37,5, pouls 46. Conduit gauche large, tympan luisant, plus foncé que normalement, ouïe très diminué. Apophyse sans altération. Le malade, pendant l'observation, accuse des douleurs dans le front gauche et dans le vertex. Liquide cérébro-spinal normal. Opération. On tombe sur un petit abcès contenant une demie cuillère à café de pus. L'abcès est situé là où le sinus devient horizontal. Il y a un siège extra-dural, plus haut que le sinus. Le sinus est fortement thrombosé. *On n'ouvre pas l'antre*, mais on ligature la veine jugulaire commune qui est normale. Le sinus thrombosé est ouvert dans une longueur de 0,05 m. On n'a pas cherché le bout central du thrombus. Les granulations de l'abcès ont été curetées, la paroi latérale du sinus, excisée.

Après quelques petits incidents, le malade, douze jours plus tard, était complètement débarrassé de ses maux de tête et guéri au bout d'un mois.

Voss publie encore un autre cas presque identique à celui-là, où l'otite n'a duré que deux semaines et l'écoulement, un seul jour. Il rapporte également l'observation d'un malade opéré de thrombose du sinus, qui nie avoir jamais eu aucune maladie d'oreille. A l'opération on a trouvé l'os couvrant l'antre un peu hypérémié et mou, de sorte qu'il a dû être curetté. Dans la caisse on n'a trouvé ni pus, ni exsudat, de sorte qu'il a fallu admettre que l'otite était guérie.

Voss est lui-même frappé de la fréquence des thromboses sinusales observées dans des conditions si exceptionnelles. Il en cherche les raisons sans les trouver. Il répète la conclusion pratique qu'il a déjà posé une fois, à savoir : qu'il faut ouvrir le sinus thrombosé directement, sans ouverture de l'antre, quand l'otite aiguë est guérie.

L'os malade est enlevé ; si la maladie atteint l'antre, on l'ouvre, mais il ne faut pas ouvrir l'antre par principe comme premier acte de l'opération. LAUTMANN.

Tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne, par DUNBAR ROY (*Journal of the American medical association*, 26 novembre 1904, in *Monthly Cyclopedia*, janvier 1905, p. 44).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : Il faut effectuer le traitement intra auriculaire par le conduit, si le drainage se fait facilement par le conduit, s'il n'y a pas de granulations ni de

symptômes de paralysie faciale, si la mastoïde n'a pas présenté ou ne présente pas de signes inflammatoires. Il faut pratiquer la cure radicale s'il existe de la paralysie faciale et des granulations se développant dans la caisse ; si la mastoïde est ou a été atteinte et si le malade peut supporter l'anesthésie générale.

A. RAOULT.

II. — *NEZ*

Traitement des maladies nasales par l'aspiration, par SONDERMANN (*Munch. mediz. Wochensch.*, n° 45, 1906).

Nous avons analysé un travail de Sondermann dans lequel il propose l'aspiration pour faire le diagnostic et même le traitement des maladies du nez, se manifestant par la suppuration. Cette publication a fait naître et quelques réclamations de priorité et quelques travaux de contrôle. Sondermann résume ces derniers travaux (Eschweiler de Bonn, Honneth, Guyot et Hermann) et décrit de nouveaux embouts permettant une facile désinfection.

LAUTMANN.

Nouvelles expériences sur le tamponnement nasal, par CHRONSHITZKY (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 7, 1906.)

Nous avons analysé déjà un premier article de Chronshitzky dans lequel il préconise le coton au perchlorure de fer pour le tamponnement du nez. Aujourd'hui, il rapporte ses expériences sur une nouvelle préparation de la glande sus-rénale nommée « hémisine » (fabriquée par Burroughs, Wellcome and C°, Londres). L'avantage de l'hémisine consiste en ce qu'elle est préparée en petites tablettes facilement solubles et d'une conservation indéfinie. Les solutions ordinaires d'adrénaline s'oxydent facilement, deviennent, au bout de peu de temps, rouges, brunes, et perdent une grande partie de leur action. Chronshitzky se sert généralement d'une solution de cocaïne à 5 % à laquelle il ajoute, au moment de l'opération, l'hémisine. Il prend 6 grammes de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	1,0
Eau distillée	20 gr.
Solution de sublimé (1 : 1000)	1 gr.

auxquels il ajoute une tablette d'hémisine. Cette solution suffit pour les besoins ordinaires de la rhino-laryngologie.

LAUTMANN.

Le polype hémorrhagique de la muqueuse nasale, par Torhorst (*Arch. f. laryng.*, t. XVIII, n° 2).

Ce sujet semble intéresser particulièrement les assistants des différents cliniques à juger d'après les nombreuses publications de ce genre. L'article de Torhorst nous rapporte la description minutieuse de l'examen histologique de treize polypes de la muqueuse nasale dont le siège est généralement le septum, d'où le nom polypes hémorrhagiques du septum. Dans 2 cas le siège était sur le cornet moyen. Toutes ces tumeurs sont constituées par un tissu fibreux dont les mailles sont remplies par des vaisseaux avec endothèle. Quelquefois ces vaisseaux forment la plus grande partie de la tumeur. La tumeur hémorrhagique du septum peut exceptionnellement être constituée par un sarcome, myxome, etc. Seul, l'examen histologique permettra le diagnostic, et, pour ne rien préjuger sur la vraie nature de ces tumeurs, il sera préférable de parler plutôt de tumeur hémorrhagique que de polype hémorrhagique du septum. Littérature de la question.

LAUTMANN.

Contribution à l'étude de la voie d'infection dans les complications cérébrales d'origine nasale, par Hajek (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, n° 2).

Les voies d'infection possibles entre le nez et la cavité crânienne sont les suivantes : 1° Par la continuité des tissus, l'os et la dure-mère peuvent être intacts macroscopiquement ; 2° par la voie sanguine ; 3° par la voie lymphatique ; 4° par les gaines des filaments olfactifs à travers la lame criblée. Seul l'examen microscopique pourra faire reconnaître la voie qu'a prise l'infection nasale pour gagner la cavité crânienne. Autant que Hajek connaît la littérature, cette recherche n'a été faite que dans un seul cas par Ortmann. Un cas d'empyème chronique du labyrinthe gauche, suivi de mort par méningite, a permis à Hajek d'ajouter une deuxième observation. Nous la reproduisons très succinctement.

Une jeune fille de 18 ans a subi dans le service de Hajek, à de longs intervalles, plusieurs opérations endo-nasales, dirigées contre une sinusite ethmoïdale. Le 23 mai 1904, un élève du service ré-

sèque une petite partie du cornet moyen, avec la curette de Hartmann. La malade, peu docile, n'a plus permis l'ouverture projetée du sinus ethmoïdal. On lui donne 0,30 de pyramidon et on fixe à quelques jours plus tard l'ouverture du labyrinthe. Le 27 mai on informe Hajek que la jeune fille est alitée et qu'elle a perdu la connaissance depuis la veille. A l'examen, on diagnostique une méningite, et on fait transporter la malade dans le service de Eiselsberg, qui, à 10 heures et demie du soir, procède à l'opération. La ponction lombaire ramène 25 centimètres d'un liquide opalescent contenant des leucocytes et des streptocoques. On fait une brèche dans la cavité crânienne à travers l'os frontal gauche. Incision de la pie-mère et tamponnement. La malade meurt le lendemain à minuit. A l'autopsie, on diagnostique une méningite suppurée, une sinusite des cellules ethmoïdales à gauche, œdème du sinus maxillaire et en plus les traces d'infection générale.

L'examen histologique et bactériologique, fait par le professeur Ghors, montre qu'il s'est agi d'une immigration des streptocoques virulents dans la muqueuse enflammée et de là dans les vaisseaux. Par l'anastomose veineuse connue entre la muqueuse du labyrinthe ethmoïdal et la dure-mère, les méninges ont été infectés, sans que l'os ait été atteint. LAUTMANN.

Sur les relations entre la formation du crâne et les dimensions du sinus maxillaire, leur valeur pratique pour le traitement de la sinusite maxillaire suppurée, par Schürch (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, n° 2.)

La corrélation possible entre la forme individuellement variable du crâne et la configuration du sinus maxillaire a fourni matière aux recherches de beaucoup d'auteurs. De nombreuses mensurations nous ont permis de gagner la conviction que la forme du crâne n'a aucune influence sur les dimensions de ses cavités pneumatiques. D'après Schönemann, il n'existe pas non plus de relations entre les dimensions de l'os maxillaire et les dimensions du sinus maxillaire. Toutes les recherches de Schürch n'ont pas eu d'autre résultat que de confirmer l'opinion de Zuckerkandl que le volume du sinus maxillaire dépend uniquement de l'épaisseur plus ou moins grande de sa paroi. L'élargissement de la cavité maxillaire est occasionné par le développement du golfe alvéolaire, palatin, infra-orbital, par l'excavation de l'apophyse zygomatique et par l'accaparement de la partie orbitale de l'os palatin. La sténose du sinus maxillaire est occasionnée par la résorption

défectueuse et l'épaississement des parois sinusales, par le rapprochement de la paroi faciale à la paroi nasale, par l'enfoncement de la fosse canine et par la rétention dentaire.

Pratiquement, l'élargissement du golfe alvéolaire et palatin est le plus important pour la grandeur du sinus maxillaire. Il est donc facile de conclure que dans la hypsistaphylie, le plancher du sinus maxillaire sera plus épais que quand le palais est relativement plat. En conséquence, la perforation du sinus maxillaire par l'alvéole sera plus difficile quand le palais est haut et étroit que quand il est plat. L'article de Schürch qui est dentiste, contient encore des tableaux de mensurations et deux figures reproduisant le maxillaire d'un individu leptoprosope et hypsistophyle et un autre d'un individu chomaéprosope et platystophile. Il nous a paru inutile d'entrer dans tous les détails de la mensuration.

LAUTMANN.

Contribution à l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique, par Bucher (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 6, 1906.)

A la clinique de Jurasz on a esssayé sur 15 cas un procédé d'opération des sinusites maxillaires, qui est basé sur le procédé de Cooper.

La petite opération se fait sous anesthésie locale et consiste d'abord en l'extraction de la première molaire ou d'une pré-molaire, et en l'élargissement de la brèche alvéolaire vers l'antre, à l'aide d'un tour ordinaire de dentiste. On fait une ouverture large pour permettre l'introduction de la phalange du petit doigt. Avec la lampe de Kirstein on peut examiner le sinus et, après nouvelle cocaïnisation, en cureter la muqueuse. Lavage du sinus et tamponnements à la gaze iodoformée. Quant aux soins consécutifs, ils consistent dans des lavages quotidiens ou bi-quotidiens, et dans le port d'une plaque fermant l'ouverture.

Cette opération est surtout indiquée dans les sinusites d'origine dentaire ou dans la combinaison des sinusites chroniques avec carie des dents. Une condition indispensable est un palais plat avec recessus alvéolaire suffisamment large. De cette façon, ce procédé n'est pas beaucoup plus compliqué que l'extraction d'une dent, et il peut être exécuté au cabinet pendant la consultation.

LAUTMANN.

Traitement conservateur des suppurations des sinus du nez, par HEERMANN (*Munch. mediz. Wochensch.*, n° 24, 1906.)

Nouvel appel aux rhinologistes pour le traitement endo-nasal des sinusites. Heermann opère les sinusites maxillaires de la façon suivante. Section de la partie antérieure du cornet inférieur, près de son attache, introduction de la grosse pince de Killian dans le méat inférieur, luxation de la partie postérieure du cornet en haut par ouverture de cette pince. Ensuite, ouverture à la tréphine de la paroi latérale, tamponnement. Changement du pansement au bout de quatre jours. A ce moment, on replace le cornet inférieur dans sa position normale. Sur neuf malades avec douze sinusites maxillaires opérées par ce procédé, il y en avait quatre chez lesquels on avait fait préalablement des lavages par voie transméatique depuis quelque temps et un par voie alvéolaire, depuis huit ans. Tous sont guéris.

Pour l'ouverture du sinus sphénoïdal et de l'ethmoïde, Heermann a fait construire, par Pfale, une pince articulée permettant d'introduire comme une sonde une branche contenant une cuillère, et ensuite l'autre contenant un couteau circulaire. Il l'appelle pince-sonde. Cette pince a l'avantage d'être très forte et très mince en même temps, de permettre de sonder d'abord les parties qu'on veut enlever, et ensuite, elle permet de conserver le cornet moyen.

Le nettoyage de l'ethmoïde ouvre la voie vers le sinus frontal dans un grand nombre de cas. Quelquefois l'accès au sinus frontal devient si facile que deux des malades de Heermann ont pu se laver seuls leur sinus frontal.

Un grand progrès dans le traitement des sinusites suppurées, après ouverture intra-nasale, est obtenu par l'aspiration d'après Soltmann (probablement Sondermann). L'auteur se sert seulement d'autres appareils qui lui paraissent plus commodes.

En terminant, Heermann dit que les rhinologistes devraient mettre leur ambition à guérir les suppurations du nez, sans grandes mutilations chirurgicales. LAUTMANN.

Remarques critiques sur la méthode de Sondermann par l'aspiration, dans les maladies des sinus du nez, par UFFENORDE (*Munch. mediz. Wochensch.*, n° 24, 1906).

A la clinique de Bürkner, on a eu deux insuccès thérapeutiques avec la méthode de Sondermann dans des sinusites maxillaires.

Pour avoir des éclaircissements sur la valeur de la méthode, Uffenorde a fait des expériences sur le cadavre. En se basant sur ses expériences, Uffenorde dit que par l'aspiration on ne peut pas retirer toute la sécrétion des sinus. Pour le diagnostic le procédé est de valeur relative, en tous cas, il ne permet pas de reconnaître quel est le sinus malade. Enfin, l'appareil ne se laisse pas facilement désinfecter. En terminant, Uffenorde déclare que son opinion ne doit pas former un jugement définitif sur la méthode, qu'au contraire, Spiers a eu quelques succès en l'employant dans les processus atrophiques du nez. Enfin, un médecin non spécialiste pourra rendre des services à son malade jusqu'à ce qu'il puisse entrer en traitement autorisé. LAUTMANN.

De l'utilité d'un examen complet d'un traitement rationnel des affections du nez et de la gorge, par Roy (*Charlotte médical journal*, juillet 1904 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 octobre 1904).

L'auteur passe en revue les différents symptômes dont se plaignent les malades ; douleurs, éternuements et examine la séméiologie de chacun de ces signes et le traitement qu'ils comportent suivant les différentes catégories de malades. Il insiste spécialement sur la nécessité de soigner les troubles généraux : nervosisme, goutte, dont ces phénomènes, du côté des fosses nasales, ne sont parfois qu'un des points de la pathologie. Il est utile enfin de surveiller l'hygiène alimentaire des malades se plaignant de gêne nasale. A. RAOULT.

Infection et asepsie en chirurgie intranasale, par Joseph S. Gibb (Section d'otologie et laryngologie, Collège des médecins de Philadelphie, 20 avril 1904 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 septembre 1904, p. 598).

L'auteur termine son travail sur les infections intranasales et sur l'asepsie dans les opérations dans le nez par les conclusions suivantes : 1° Dans les opérations intranasales, il faut soigneusement faire attention à ce que la muqueuse soit indemne de croûtes, de pus, ou de substances étrangères ; aucune précaution aseptique spéciale n'est nécessaire ; 2° il est utile de faire une préparation antiseptique soigneuse des mains du chirurgien, des instruments, de la gaze, du coton, etc. ; 3° l'infection n'est pas la règle à la suite des opérations intranasales, et quand elle survient, elle est ordinairement légère et passagère, mais parfois peut de-

venir rapide, grave, sérieuse ; 4° l'infection nasale se manifeste par de l'amygdalite folliculaire, parfois lésions inflammatoires des fosses nasales et spécialement au niveau de la plaie, et parfois par de l'otite moyenne aiguë. A. RAOULT.

Tumeurs syphilitiques nasales, par Tœplitz (*American Journal of the medical science*, mai 1904 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 octobre 1904, p. 710).

Les lésions tertiaires surviennent souvent de bonne heure (quelques mois à un an après l'infection) et les lésions de la syphilis héréditaire se manifestent, dans la première enfance ou à la puberté. Les tumeurs infiltrent la muqueuse, et apparaissent surtout au niveau de la cloison. Les granulomes provoquent une sécrétion abondante, fibrineuse et purulente, s'accompagnent de céphalalgie et de douleurs à distance. Ces tumeurs sont parfois comme pédiculées, elles sont rouges ou grisâtres, couvertes de muco-pus. Leur aspect peut en imposer souvent pour un sarcome, mais elles guérissent rapidement par le traitement anti-syphilitique. Parfois les lésions se développent sur les cornets, au lieu de se manifester sur la cloison, et peuvent simuler des tumeurs papillomateuses.

La structure de ces tumeurs se compose d'une prolifération du tissu conjonctif venant de la sous-muqueuse, contenant des cellules géantes qui proviennent de l'endothélium des petites verrues.

Il ne faut pas confondre ces tumeurs ou granulomes, ou syphilomes avec les gommes nasales, qui sont dues à une infiltration sous-muqueuse et qui ont une tendance à diminuer et à s'ulcérer. Les syphilomes n'ont pas de tendance à diminuer en l'absence du traitement spécifique. A. RAOULT.

Kyste dermoïde de la base du nez consécutif à une opération chirurgicale, par H. Burger (*Presse oto-laryng. belge*, n° 9, 1906).

Chez un malade qui présentait une légère ensellure avec déviation du dos du nez, on tenta une opération plastique à lambeau frontal. Un peu de suppuration persista longtemps, et, plus tard, il se développa en cet endroit une tumeur à croissance lente qui vint faire saillie entre les deux yeux et finalement s'ouvrit sur la face latérale droite en donnant issue à de la sécrétion blanche. Une nouvelle intervention contre cette tumeur échoua.

Burger estima qu'il s'agissait d'une cavité cutanée qui se rem-

plissait périodiquement de sécrétion. Au cours de la première intervention plastique, au cours de laquelle un lambeau de peau avait été rabattu du front sur le nez, l'épiderme du lambeau frontal s'était recouvert au niveau de son pédicule par des tissus de même nature. Sous l'influence de la suppuration, ces tissus s'étaient soudés et avaient formé un sac tapissé d'épiderme, avec contenu formé de sueur et de sébum.

L'extirpation de ce kyste artificiel fut pratiqué avec succès. L'examen histologique montra que sa paroi était composée de derme, d'épiderme, de glandes sébacées et de poils ; il s'agissait donc bien de kystes dermoïdes, non d'un kyste dermoïde vrai, mais d'un kyste artificiel consécutif à l'opération plastique du nez pratiquée antérieurement. A. HAUTANT.

Cautérisation de la muqueuse nasale et névroses paroxystiques, par FRANCIS HARE (*Australasian medical Gazette*, 20 mai 1904, in *Thérapeutic Gazette*, 15 octobre 1904, p. 680).

L'auteur emploie la technique suivante : après cocaïnisation de la muqueuse d'un côté de la cloison nasale, il cautérise linéairement celle-ci au galvanocautère, en partant d'un point situé en face du cornet moyen, puis en venant en avant et en bas, sur une distance d'un demi-pouce. Huit jours après, il répète la même opération de l'autre côté. S'il est nécessaire, il fait de nouvelles cautérisations à des intervalles de dix à quinze jours.

D'après sa statistique, il y aurait : 313 cas de guérison complète, 143 d'amélioration sérieuse, 40 d'amélioration temporaire, 24 sans amélioration : d'après lui, l'asthme dépend toujours d'un trouble du centre respiratoire ; la membrane muqueuse aurait une influence de contrôle sur ce centre, et le point sensible de muqueuse serait situé au niveau de la cloison. Même lorsque la muqueuse nasale semble normale, la cautérisation de cette muqueuse a un effet salutaire sur l'asthme.

Contribution à l'étude de la tuberculose primaire. Lupus de la cavité nasale, par FAIN (*Berlin. kl. Woch.*, n° 48, 1906).

Pour illustrer la rareté de la localisation primaire du bacille de Koch, dans le nez, Fain cite quelques statistiques. En dehors de la littérature allemande, Fain n'a trouvé qu'un seul cas, cité par Gerber (dans *Handbuch f. Laryng. et Rhinolog.*, 1900) appartenant à Luc et rapporté par Boutard. L'observation suivante d'un cas, observé par Fain est plus détaillée que sa bibliographie.

En mars 1904, Fain a dû examiner une infirmière pour trouver la cause de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. La malade, âgée de 25 ans, prétend que ses parents et sa sœur sont morts de tuberculose ; elle-même a toujours été bien portante. Elle ne se plaint que de tuméfaction de ganglions au-dessous du maxillaire qui, apparue il y a trois ans, est restée stationnaire depuis. A l'examen, on trouva dans le maxillaire quelques dents cariées, le reste de l'organisme paraît normal, exception faite du nez.

Voici l'examen rhinoscopique : à gauche, une crête, le reste normal.

A droite : la muqueuse du cornet inférieur est un peu pâle, le pôle antérieur paraît un peu diminué. La muqueuse est mate et couverte de petites nodosités et tubérosités qui se prolongent jusque vers le milieu du cornet, en arrière. La muqueuse du septum et du plancher nasal est normale, lisse, sans traces de cicatrices ni d'épaississement. Le cornet moyen paraît normal, le cavum également, aucune sécrétion. A l'examen à la sonde, les petites tumeurs paraissent molles, ont une grande tendance à l'hémorrhagie. Entre les nodosités, on constate une sécrétion minime comme un voile, muco-purulente. On porte le diagnostic d'infiltration tuberculeuse. La partie malade est enlevée à l'anse froide et examinée au microscope. Le diagnostic est confirmé. L'injection dans le péritoine d'un cochon d'Inde est également positive. Malgré un traitement régulièrement continué (cautérisation, curetage) il n'y a pas eu de guérison. Les ganglions existent également malgré l'extraction des dents cariées. Aujourd'hui, après deux ans et demi d'observation, pas d'autres lésions. Il s'agit très probablement de tuberculose primaire du nez.

Un seul cas est connu où l'autopsie a démontré que le foyer primaire de tuberculose était dans le nez. Il a été publié par Demme. Le voici, résumé.

Garçon de 8 mois, atteint d'ozène, élevé dans une famille de phtisiques, montre, sur le côté droit du septum du nez, une ulcération tuberculeuse. L'enfant meurt sept jours après le premier examen. A l'autopsie, on trouve une méningite tuberculeuse de la base, avec reste de l'organisme sans tuberculose. L'ulcération nasale est démontrée comme tuberculeuse par l'examen histologique. Comment s'est faite l'infection dans le cas de Feine ? Probablement pas par voie hématogène ni lymphogène. Probablement pas par le toucher, car le cornet inférieur n'est pas, comme le septum, facile à atteindre par le doigt infecté. Il est plus pro-

bable que la malade, étant infirmière, s'est infectée par l'air inspiré. LAUTMANN.

Guérisons anciennes et guérisons récentes de sujets ozénateux traités par la radiothérapie, par J. DIONISIO (*Revue hebdomadaire de laryng., otol.*, 15 septembre 1906).

Depuis 1901, l'auteur a traité par ce moyen cinquante-quatre malades. Chez presque tous, il y eut une amélioration constante ; chez ceux qui ont suivi la cure complète, Dionisio obtint parfois une guérison véritable ; deux sujets qu'il a présentés à l'Académie de Turin, sont guéris depuis deux ans : « la sécrétion est presque normale, l'atrophie de la muqueuse a disparu, chez l'un, l'olfaction est recouvrée ».

Nécessité d'un traitement fort long (cent heures), mais la guérison serait durable. L'auteur a exposé sa technique dans la *Gazette médicale italienne* (n° 4 et 5, 1904). A. HAUTANT.

Traitement de l'ozène ou rhinite atrophique, par LACK (*Clinical Journal*, 23 décembre 1903 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 mars 1904, p. 189).

L'auteur conseille les grandes injections intranasales avec de l'eau salée et le tamponnement après chaque injection avec de la gaze imbibée d'une solution de cyanure de mercure. Ce tamponnement doit être pratiqué par le malade lui-même, et n'être enlevé qu'au moment de faire l'injection suivante.

A. RAOULT.

Effet curatif de l'érysipèle sur la rhinite atrophique, par L. VALENTINE LEVI (*Therapeutic Gazette*, 15 mars 1904, p. 163).

Le malade, âgé de 37 ans, non syphilitique, présentait tous les signes de l'ozène, lorsqu'il fut atteint, à trois reprises différentes, d'érysipèle de la face et la muqueuse nasale. Depuis ces attaques, l'ozène a disparu et a fait place à de la rhinite hypertrophique. L'auteur se demande si on ne peut pas expliquer cet effet curatif de l'érysipèle par cette raison que cette maladie provoque de l'hypérémie et du gonflement de la muqueuse, ce qui est le contraire de la lésion de l'ozène. D'autre part, l'action curative de l'érysipèle a été démontré dans d'autres affections.

A. RAOULT.

Epistaxis et son traitement, par Tilley (*Charlotte médical Journal*, juillet 1904 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 novembre 1904).

L'auteur expose les différentes méthodes employées pour l'arrêt des épistaxis : 1° bourdonnet de coton, imbibé d'adrénaline, d'antipyrine, de jus de citron ou de térébenthine, enfoncé dans la narine qui saigne ; 2° technique de la cautérisation du point qui donne, au nitrate d'argent, à l'acide chromique, à l'acide trichloracétique ou au galvanocautère ; 3° en désespoir de cause, le tamponnement antérieur méthodique au moyen de bandelettes de gaze, ou la mise en place du ballon de Bosc. L'auteur recommande au médecin d'éviter toujours : le perchlorure de fer, le tamponnement antérieur distendant la narine, et enfin le tamponnement postérieur avec la sonde de Belloc. A. RAOULT.

Traitement de l'épistaxis, par Sonthard (*Pacific medical Journal*, décembre 1903 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 mars 1904, p. 181).

L'auteur, après avoir exposé le traitement de l'épistaxis par les cautérisations (il se sert d'acide chromique), étudie, dans un chapitre très complet, la conduite à tenir du praticien qui n'a pas à sa disposition l'éclairage nécessaire et n'est pas habitué à opérer dans les fosses nasales. Il recommande le tamponnement antérieur des fosses nasales, mais poussé assez loin dans celles-ci de façon à les bourrer complètement. Il préfère, pour ce tamponnement, des couches d'ouate enfermées entre deux doubles de gaze, et comprimées fortement, puis coupées en bandelettes minces. Ces bandelettes, tassées dans le nez, s'imprègnent de liquide et gonflent rapidement. A. RAOULT.

Importance de l'épistaxis dans le diagnostic de la diphtérie nasale, par James H. Mc Kee (*Therapeutic Gazette*, 15 mars 1904, p. 157).

Voici les conclusions de ce travail : 1° la moindre présence du sang dans l'écoulement nasal de la diphtérie nasale soit subaiguë, soit grave, doit paraître due à la gravité de la lésion locale. La muqueuse nasale, très vasculaire, saigne à la moindre provocation ; 2° dans une diphtérie nasale subaiguë, une épistaxis modérée dépend de la profondeur du processus inflammatoire, on a observé dans des cas semblables, des ulcérations de la cloison ; 3° les hémorrhagies légères ou modérées survenant dans les cas plus aigus semblent dues à la toxémie. Les idiosyncrasies jouent un grand

rôle. 4° Les épistaxis alarmantes ou fatales dans les cas graves de diphtérie dépendent toujours de la toxémie intense. La présence de végétations adénoïdes ne semble pas agir sur la gravité de l'épistaxis. A. RAOULT.

A propos du tamponnement du nez, par HAÜSELMANN (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 10, 1906).

L'auteur est un ennemi du tamponnement nasal. Il nous énumère ses inconvénients tout en oubliant le plus important (otite et mort). Il remplace le tamponnement par du coton trempé dans le perhydrol (eau oxygénée à 3 $^0/_0$ Merck). S'appuyant sur plusieurs douzaines de cas, Haüselmann croit pouvoir rayer le tamponnement nasal de la pratique rhinologique. LAUTMANN.

Résection sous-muqueuse de la cloison nasale, par E. EDWIN FORTER (*Journal of eye, ear and throat diseases*, janvier-février, 1905, p. 1).

Cet article n'est autre chose que l'exposition du procédé de Killian pour la résection sous-muqueuse du septum nasal.

A. RAOULT.

Une rhinolithe d'origine dentaire, par E. BAUMGARTEN (*Revue hebdomad. de laryng., otol.*, etc., 3 novembre 1906.)

Observation de rhinolithe développée autour d'une partie de racine dentaire faisant saillie dans la cavité nasale. A la partie antérieure du deuxième tour du plancher de la fosse nasale gauche, était un fragment osseux que l'extirpation montra être une dent de lait, une canine, atrophiée, qui avait subi une inversion de 180° vers la cavité nasale et autour de laquelle était une rhinolithe noire. Il y avait atrophie du maxillaire supérieur de ce côté et absence de développement de la cavité sinusienne.

A. HAUTANT.

Les « queues de cloison » (rhinite hypertrophique localisée, congestive et dégénérative), par FR. HECKEL (*Revue hebdom. de laryng., otol.*, 10 nov. 1906).

Heckel décrit sous ce nom une hypertrophie de la pituitaire limitée à la région postérieure de la cloison. Elle peut se présenter, tout comme la rhinite hypertrophique classique, sous deux

formes : tuméfaction lisse uniforme, tuméfaction lobulée; aussi Heckel propose-t-il de la décrire sous le titre de queue de cloison.

Cette lésion est décrite aussi sous le nom d'aileron de la cloison. Les traités classiques sont muets sur cette variété. Elle fut signalée par Voltolini; elle était connue de Reuter, M. Schmidt, Raulin, Dundas Grant, Pegler.

Elle serait, d'après Heckel, d'une très grande fréquence; elle coexisterait toujours avec les queues de cornet et presque toujours avec les déviations de la cloison ou les restes de végétations adénoïdes. Elle se présente sous forme d'une saillie siégeant plutôt sur une des faces et à la moitié supérieure de la cloison; elle est lisse dans l'adolescence, lobulée plus tard. Elle est difficilement visible à la rhinoscopie antérieure; la rhinoscopie postérieure montre, au contraire, très nettement une saillie un peu en dehors de la région moyenne du bord postérieur de la cloison et n'empiétant jamais sur ce bord, saillie d'abord lisse et rose, puis plus tard grise et muriforme, de la grosseur d'un pois à celle d'une petite noisette, située au niveau du méat moyen qu'elle comble. Lésions concomitantes d'infection ancienne de tout le tissu adénoïde du nez et du naso-pharynx.

Comme troubles fonctionnels : signes d'obstruction, d'infection et de catarrhe naso-pharyngien avec leurs complications habituelles. En propre appartiendraient à cette affection : la fatigue vocale précoce, la gêne à la partie supérieure du sternum, diverses paresthésies, la toux.

Marche semblable à celle de la rhinite hypertrophique. Elle peut être cause de surdité ou de neurasthénie. Diagnostic d'extrême facilité.

A la phase congestive, traitement des cornets hypertrophiés qui créent et entretiennent la lésion. A la phase dégénérative, traitement par destruction à l'électro-cautère. A. HAUTANT.

Traitement nasal de l'asthme, par A. Francis (*Journal of the Royal Ormy medical corps*, novembre 1904; in *Monthly Cyclopædia*, janvier 1905, p. 16).

L'auteur a soigné quatre cent deux malades atteints d'asthme par le traitement intranasal. Parmi ces malades, quatorze seulement n'ont pas eu d'amélioration; trois de ces derniers présentaient des polypes, et deux avaient des déviations prononcées de la cloison, mais refusèrent la résection. Sur trois cent quarante-six présentant des lésions minimes, dans 8 cas, il n'y eut pas d'amélioration.

L'auteur conclut que l'asthme est dû à un spasme réflexe des ramifications bronchiques. L'irritation a son point de départ dans le nez, comme le prouvent : 1° l'association intime du rhume des foins et de l'asthme ; 2° la fréquence des éternuements dans une période antérieure à l'apparition de l'asthme; 3° la fréquence de l'alternance des éternuements et de l'asthme.

L'asthme n'est pas dû directement à une obstruction nasale mécanique, ni à de grosses lésions. Il existe un point de la surface de la muqueuse nasale ayant une influence de contrôle sur le centre respiratoire. A. RAOULT.

Etiolgie nasale et traitement de l'asthme, par GORDON KING (*Revue hebdomadaire de laryng., otol.*, etc., 24 novembre 1906).

Les symptômes physiques de l'asthme doivent être attribués à un spasme bronchique, dû à l'excitation réflexe du vague. Le rôle joué par la muqueuse nasale dans cette contraction réflexe des muscles bronchiques, a une importance remarquable. L'obstruction mécanique des fosses nasales, par des polypes, par exemple, n'est pas la cause immédiate du paroxysme, car l'ablation de ces polypes ne guérit pas toujours les accès. Expérimentalement, le spasme réflexe se produit le plus facilement à la partie supérieure de la cloison. Aussi, avec Francis et Mac-Donald, l'auteur conseille-t-il de cautériser un point de la cloison situé vis-à-vis au tiers antérieur de la cloison. En agissant ainsi, on détruit les filaments nerveux qui transmettent l'impression réflexe la plus rapide aux muscles bronchiques et une seule cautérisation unilatérale peut suffire à faire disparaître tout accès d'asthme.

Suivent six observations, très brièvement résumées, qui viennent à l'appui de cette théorie. A. HAUTANT.

Toux réflexe d'origine nasale, par FOUT DE BOTER (*Revista Barcelonesa de Enfermedades del oido garganta y nariz*, septembre 1906).

L'auteur rapporte l'observation d'un sujet de 39 ans, indemne de toute lésion de l'appareil respiratoire, et qui, en même temps que les signes d'une obstruction nasale, présentait, depuis huit mois, une toux des plus pénibles, qui offrait la particularité de commencer chaque jour vers cinq heures du soir et de durer jusqu'à l'heure du coucher. L'examen des fosses nasales décela la présence d'un polype de moyenne dimension qui fut extrait séance

tenante. La toux cessa aussitôt. A quelque temps de là un nouveau polype apparut ; nouveaux accès de toux. Ablation du polype. Guérison immédiate et définitive de cette toux réflexe.

MOSSÉ.

Observation sur les polypes du nez, par A.-J. DE LA ROCCA, maître chirurgien à Bruxelles, manuscrit communiqué par ED. DELSTANCHE (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 9, 1906.)

Reproduction d'un manuscrit datant de la première moitié du XVIIIe siècle, traitant d'une question en somme fort peu connue à cette époque. Pourtant, d'après ce manuscrit, on voit que l'on savait déjà distinguer les polypes muqueux, fibro-muqueux, les polypes saignants du septum, les fibromes naso-pharyngiens.

Quant au traitement, on le voit pratiqué tantôt par les chirurgiens, tantôt par les médecins, et l'auteur se rangeant parmi les partisans des opérations de douceur, décrit minutieusement — trop peut-être — la composition d'un caustique de son invention et la manière de l'appliquer.

Delsaux a cherché à recueillir des renseignements biographiques sur l'auteur, mais il ne peut retenir que des données approximatives fournies par l'auteur lui-même au cours de son exposé. De la Rocca habitait vraisemblablement Bruxelles vers l'an 1718.

A. HAUTANT.

Indications de l'intervention opératoires dans les sinusites frontales, par HAJEK (*Arch. int. laryngologie*, janvier 1906).

Les partisans de l'intervention chirurgicale augmentent et ce courant a quelque raison d'être ; il existe des cas où l'on aurait pu prévenir des complications cérébrales par une prompte intervention ; d'autre part, grâce au perfectionnement des méthodes opératoires les garanties de guérison sont plus grandes. A mesure que le prestige du traitement chirurgical s'accroît, il y a diminution de la confiance dans le traitement endo-nasal et il semble à l'auteur que la réaction a pris des dimensions qui ne sont plus en rapport avec l'état objectif de la question, aussi il cherche à restreindre les indications du traitement chirurgical.

Passant en revue la littérature française, anglaise et américaine, on se rend compte que, dans la plupart des cas trépanés, on n'a même pas essayé une intervention endo-nasale.

En ce qui concerne les sinusites frontales aiguës même, lors-

qu'il existe du gonflement de la paupière supérieure et du gonflement périostal de la paroi antérieure ou orbitale, le processus ayant franchi le revêtement de la muqueuse, la résection du cornet moyen et le drainage obtenu par cette intervention peuvent amener la guérison.

La résection doit être large et il faut qu'il y ait un véritable agrandissement du canal évacuateur, une résection incomplète peut être nuisible, car le gonflement réactionnel consécutif rend les conditions de l'évacuation plutôt difficiles, et, dans certains cas, où le cornet n'est pas du tout ou insuffisamment abordable, il faudra recourir à la trépanation.

Si l'on envisage les cas d'empyème chronique sans complication, la guérison, après résection du cornet moyen et de toutes les hypertrophies qui peuvent exister, s'observe tantôt après des semaines, tantôt seulement après des mois, parfois les maux de tête et la sécrétion purulente persistent et il faut arriver à la cure radicale.

Cette éventualité devra être envisagée et communiquée au malade avant de commencer le traitement, et l'expérience montre que la plupart, craignant l'opération, préfèrent patienter. L'auteur signale, du reste, deux cas où l'écoulement disparut après deux ans. M. GRIVOT.

Deux cas d'empyème de l'ethmoïde, par G. STERLING (*Boletin de laringologia, otologia, rinologia*, Madrid, septembre 1906).

Le premier cas concerne un jeune homme qui s'était présenté avec une douleur aiguë localisée à l'angle supéro-interne de la cavité orbitaire droite ; il existait une légère exophtalmie en bas et en dehors, avec œdème et rougeur de toute la région douloureuse, mais sans fluctuation. Pas de troubles visuels et transparence normale des sinus à l'éclairage. On estima qu'il s'agissait d'un empyème frontal, et on posa le diagnostic d'abcès orbitaire communiquant avec le sinus frontal. On décida donc d'intervenir, et de commencer par l'opération de Luc, qu'on pourrait au besoin transformer en Killian. L'opérateur crut cependant prudent d'attaquer la zone douloureuse. Il incisa donc l'angle supéro-interne de l'orbite, et creusa jusqu'à arriver dans une petite cavité qui contenait quelques gouttes de pus. Le stylet boutonné, permit de constater que cette cavité communiquait par un trajet fistuleux, avec le groupe des cellules ethmoïdales postérieures. Il se contenta donc d'élargir le dit trajet et de placer deux drains, l'un en pleine ca-

vité ethmoïdale, l'autre dans l'abcès superficiel. Vingt-cinq jours plus tard, le malade quittait l'hôpital présentant tous les signes de la guérison.

Le second cas, qui remonte au mois d'octobre de l'année 1904, concerne un homme de 50 ans, qui présentait, au moment où il vint consulter, une exophtalmie toute récente de l'œil droit.

Comme dans le cas précédent, cette exophtalmie était indirecte, en bas et en dehors. L'angle supéro-interne de l'orbite, était le siège d'un œdème induré, sans trace de fluctuation, et sans variation dans la couleur tégumentaire. Les bords de la tumeur œdémateuse étaient loin d'être nets, ils disparaissaient en bas dans les tissus sous-jacents et se cachaient en haut sous l'arcade orbitaire. L'examen des cavités accessoires, fait par un spécialiste réputé, lui permit d'affirmer, opinion qui devait plus tard être controuvée, qu'il s'agissait d'une tumeur secondaire de l'orbite, alors que la tumeur primitive se trouvait dans le cavum nasal et se présentait sous la forme d'une masse du volume d'une noix, masse qui était lisse et d'une consistance mollasse. On négligea de faire la rhinoscopie postérieure. En outre, le malade présentait des engorgements ganglionnaires parotidiens et sous-maxillaires. L'examen ophtalmologique permit de constater que l'œil ne participait pas au processus néoplasique, ce qui s'accordait d'ailleurs avec l'aspect extérieur de cet œil et sa vision normale. La papille était rose, parfaitement égale, sans aucune stase vasculaire, et n'indiquait aucunement qu'il y eût des phénomènes de compression, ce qui était assez extraordinaire étant donné le volume de la tumeur orbitaire et l'énorme exophtalmie qu'elle avait déterminée puisque le globe oculaire, était en presque totalité hors de la cavité orbitaire. On s'arrêta donc en définitive au diagnostic de sarcome, on fit un pronostic sombre, et on soumit le malade à cette thérapeutique si rarement couronnée de succès : rayons X et arsenicaux.

Six mois plus tard, ce malade vint réclamer son admission à l'hôpital, en raison des douleurs intolérables qui affectaient son œil malade : il demandait qu'on lui fît une énucléation afin d'enlever la tumeur si c'était possible, et de faire cesser les douleurs qui étaient insupportables. Le jour suivant, on fit donc l'opération réclamée, et quel ne fut pas l'étonnement de l'opérateur lorsqu'il vit qu'il s'agissait d'une cavite orbitaire, qui était le siège d'un œdème induré, mais sans la moindre trace de tumeur, et qu'au fond de cette cavité, sa paroi postéro-interne, était le siège d'une floraison remarquable de fongosités baignant dans le pus. Ces fongosités

occupaient la région correspondant aux cellules ethmoïdales postérieures, avec lesquelles elles communiquaient par de nombreux trajets fistuleux. C'est dire que l'opérateur venait d'énucléer un œil parfaitement sain, et qu'il eut pu sauver par une opération radicale s'il n'avait pas pris, comme point de départ le diagnostic erroné de sarcome du cavum nasal avec propagation à la cavité orbitaire. MOSSÉ.

Abcès multiples du cerveau à la suite de la suppuration des deux sinus frontaux d'origine traumatique, par RICHARD HOFFMANN (*Archiv. inter. laryngologie*, janvier 1906).

Observation destinée à montrer la latence des abcès cérébraux, la difficulté de diagnostic des abcès des lobes frontaux et la prudence à observer dans l'estimation du temps au bout duquel on doit considérer un abcès cérébral vidé comme guéri.

L'accident eut lieu fin septembre 1896 ; en avril 1897, trépanation des sinus frontaux remplis de pus et de granulations avec dure-mère découverte, macroscopiquement normale à gauche, recouverte de granulations à droite. Vers fin juillet 1898, apparurent les premiers symptômes manifestes et le 25 octobre eut lieu l'opération d'un abcès à gauche ; la suppuration ne cessa que fin janvier 1899. Dans le courant de juillet, les accidents recommencent, nécessitant la réouverture de l'abcès ; au bout d'une dizaine de jours, la suppuration s'arrête et les ponctions du cerveau restent sans résultat, bien que les symptômes ne se soient pas amendés.

A l'autopsie, on découvrit un abcès à droite, trois abcès à gauche dont un communiquant avec le ventricule.

L'abcès cortical de droite ne présenta aucun symptôme.

Le deuxième abcès de gauche, situé en arrière et sur la ligne médiane, se vidait dans celui placé en avant, ce qui a entretenu l'écoulement purulent et les troubles pendant les traitements postérieurs surtout ceux survenus en décembre 1898, sont imputables à un obstacle s'opposant à l'écoulement du deuxième abcès. Cet abcès reprit une allure latente ; ce n'est que huit mois après que, de nouveau, des symptômes cérébraux réapparurent ; il avait provoqué la méningite et fait irruption dans le ventricule. Le troisième abcès, situé à gauche, ne se révéla par aucun phénomène ; peut-être, pourrait-on admettre qu'il a gêné la communication entre le premier et le second par son extension et sa pression, si bien que ce dernier abcès a fini par s'ouvrir dans le ventricule.

L'examen bactériologique du pus révéla la présence du streptocoque. M. GRIVOT.

Nouvelle contribution à l'étude du procédé de Killian pour la cure de la sinusite fronto-ethmoïdale chronique, par C. Breyre (*Arch. intern. laryngologie*, janvier 1906).

Bien que l'accord ne soit pas établi sur le procédé de choix pour la cure radicale de la sinusite fronto-ethmoïdale chronique, le procédé de Killian est considéré, par beaucoup d'opérateurs, comme le dernier terme. Le progrès réalisé est considérable; on l'apprécie davantage après les échecs des méthodes anciennes. Cependant, certains auteurs lui reprochent la déformation qu'il entraîne à sa suite ; il y a quelques années, l'ouverture du sinus frontal ne pouvait jamais être assez grande, en particulier, dans le Kuhnt, et pour certains, aujourd'hui, elle le sera toujours trop.

L'auteur est d'avis que pour les petits sinus le Killian n'est pas un mal et que, pour les grands sinus, il est un... mal nécessaire.

Ses recherches cadavériques lui permettent de formuler contre l'opération de Jacques des objections sérieuses : elle ne donne pas des garanties suffisantes pour la cure radicale, car on court le risque de méconnaître des nids de granulations dans le frontal, soit dans la partie supérieure, soit dans des récessus atypiques, soit enfin lorsque la paroi intersinusienne est tellement déviée, comme l'a observé l'auteur, que la cavité d'un côté s'adosse en quelque sorte à celle du côté opposé. M. GRIVOT.

Pseudo-sinusite frontale due à un abcès sous-périosté du front, compliquée de thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur. Méningite. Mort. Autopsie, par V. Delsaux (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 10, 1906).

Femme âgée de 29 ans, se plaint de céphalées violentes frontales avec fièvre et prostration. Eclairage normal des sinus. Gros cornet moyen, gonflé et rouge. On pense à une rétention purulente possible dans la bulle ethmoïdale et on résèque la tête du cornet moyen.

Deux jours plus tard, douleurs frontales droites localisées au-dessus du sourcil. A ce niveau, gonflement limité sans fluctuation. Lymphocytes et polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien. Congestion de la papille optique à gauche alors que la céphalée était à droite. Fièvre oscillant de 39° à 40°. Ouverture de l'abcès sous-périosté ; exploration négative du sinus frontal. Aucune rémission ; extension de la douleur à la mastoïde gauche avec gonflement du cou. Mort.

Autopsie. — Lobe frontal droit tapissé de pus verdâtre. Thrombose du sinus longitudinal, du sinus latéral gauche et de la veine jugulaire. Les antres frontaux, les cellules ethmoïdales, les sinus sphénoïdaux et maxillaires sont normaux.

En somme, pour une raison inconnue, il s'est formé un abcès sous-périosté dans la région supra-orbitale droite. Probablement par l'intermédiaire d'une veine perforante, l'infection s'était propagée aux méninges.

De cette observation, Delsaux conclut que la thrombose du sinus longitudinal supérieur peut se produire sans infection nasale. L'épistaxis peut faire défaut. Dans certains cas, la thrombose du sinus longitudinal supérieur peut se propager au sinus latéral gauche sans donner lieu au cortège symptômatique habituel de cette affection (absence de fièvre à grandes oscillations). L'exploration chirurgicale du sinus frontal doit être pratiquée dans le même but et pour les mêmes raisons que la laparotomie dans les affections abdominales. A. HAUTANT.

Ostéome du sinus maxillaire avec trois figures, par JABOULAY (*Gazette des hôpitaux*, 27 novembre 1906, n° 135, p. 1611).

L'auteur présente un jeune homme de 25 ans, venu consulter pour une tumeur de la joue droite. A l'âge de 13 ans, le malade perçut pour la première fois sa saillie; en un an, elle atteignait son volume définitif actuel.

Il y a près de cinq ans, apparaissent des signes d'infection locale, des douleurs intermittentes limitées à la joue droite, suivies de près d'un écoulement de sang et de pus par la seconde prémolaire de ce côté.

A cette époque, la tumeur est infectée, de consistance éburnée, homogène. La pression fait sourdre, le long du rebord gingival, une sérosité louche et fétide. On pratique un curettage de la cavité par la fosse canine.

Les douleurs disparaissent, la tumeur s'affaisse; l'amélioration persiste pendant plus d'un an.

Puis, la cavité étant restée ouverte dans la bouche s'infecte de nouveau, la tumeur augmente de volume, de petites fistules se forment sous le rebord orbitaire. On fait sauter la paroi antérieure du sinus. La tumeur apparaît arrondie, recouverte de fongosités.

Sous l'influence probable de la suppuration, elle est devenue mobilisable, formant ainsi un séquestre en grelot dans une cavité agrandie. La tumeur est enlevée. Elle est de la grosseur d'un œuf

de poule, de la dureté de l'ivoire. La paroi nasale et le palais sont déviés ; le plancher de l'orbite et l'arcade dentaire ne sont pas déformés.

Après l'intervention, les phénomènes inflammatoires et douloureux disparaissent et la plaie se comble par bourgeonnement. Le malade, revu dix-huit mois après, ne présente qu'une très petite cicatrice, un peu d'abaissement de la paupière inférieure, et un léger refoulement du nez.

Dans cette observation, il s'agit d'*un ostéome suppuré du sinus maxillaire*. On aurait pu diagnostiquer un empyème simple de l'antre d'Highmore, un épithélioma suppuré. A ce propos, l'auteur fait remarquer la fréquence de la suppuration des cancers de la face ; ce qui peut faire penser à une inflammation simple.

Ici, la tuméfaction est trop limitée, trop volumineuse, la suppuration trop récente pour que l'erreur soit commise.

Le *siège* de la tumeur est exclusivement le sinus, il n'y a de prolongements ni vers les fosses nasales, ni vers l'orbite ou le crâne. Sa *nature* est bénigne et osseuse : la lenteur d'évolution, l'absence d'anesthésie du sous-orbitaire, la consistance éburnée du néoplasme la font juger telle.

L'épithélioma du sinus, les autres tumeurs bénignes ou malignes du sinus, le rhinosclérome n'ont pas ces caractères.

Il s'agit d'une exostose ou d'un ostéome.

L'exostose est une production inflammatoire et irritative ; l'ostéome, une formation néoplasique. On donne, en pratique, le nom d'ostéome à tout exostose qui n'a pas fait sa preuve inflammatoire (abcès dentaire, suppuration, tuberculose, surtout syphilis).

Dans le cas précité, ces stigmates n'existant pas, il faut parler d'*ostéome*, tumeur bénigne, à évolution lente, sans récidives, qui n'est grave au niveau du sinus que par ses complications locales du côté du cerveau.

Ici l'intervention a été simple, sans s'imposer d'urgence. Ailleurs, elle peut avoir des indications plus pressantes.

Comme preuve, l'auteur montre, sur deux figures, un ostéome de la branche montante du maxillaire supérieur ayant poussé un prolongement postérieur qui déforme la paroi interne de l'orbite et atteint le sinus sphénoïdal. ROBERT LEROUX.

Contribution à la pathologie de l'antre d'Highmore, par A. BROWN KELLY (*Glasgow medical Journal*, octobre et novembre 1904, p. 279 et p. 329).

L'auteur a examiné le sinus maxillaire sur cent cadavres.

Parmi les variétés anatomiques de l'antre, il a constaté sept fois des asymétries des deux sinus, l'un étant plus développé que l'antre, soit que cette étroitesse soit due à la non résorption du maxillaire, soit à la saillie en dehors de la paroi externe de la fosse nasale. Dans 2 cas, il y avait asymétrie faciale, et un aplatissement de la région molaire. D'après l'auteur, bien des cas où l'on a admis la présence d'une subdivision de l'antre en deux cavités seraient des cas de sinus petits où la paroi nasale fait saillie en dehors et l'on aurait pris le méat inférieur pour un sinus interne, et le cornet moyen pour le septum séparant ces deux soi-disant cavités.

Il a observé 2 cas réels de cloisonnement de l'antre. Souvent, il a trouvé des épines osseuses formant des récessus sur les parois sinusales. Chez cinq sujets, il a trouvé un ostium accessoire des deux côtés, et onze fois d'un seul côté ; de même, il a trouvé trois fois deux ostium supplémentaires. Dans la plupart de ces cas, il y avait des lésions du sinus et surtout de la dégénérescence kystique de la muqueuse de l'antre :

L'auteur a trouvé : deux fois des kystes séparés de la cavité par une mince paroi osseuse, un cas d'absence d'ostium, et deux cas d'étroitesse anormale de ce dernier. Les deux antres étaient normaux dans 30 cas, et l'un des deux était normal chez vingt-six sujets.

Les sinus présentaient des lésions diverses que l'auteur classe comme il suit. La muqueuse était normale, mais les sinus contenaient du liquide séreux, neuf fois des deux côtés, et onze fois d'un côté. Le liquide était gris nuageux et en petite quantité ; dans quelques cas, il était coloré en brun ou en jaune. L'auteur pense que ce liquide est dû le plus souvent, à une exsudation *post-mortem*.

La muqueuse était normale, mais les sinus contenaient du mucus dans 2 cas.

La muqueuse était normale, mais les sinus contenaient du pus dans 5 cas ; dans l'un d'eux, le pus provenait d'une molaire cariée, dans un autre, des cellules ethmoïdales, et chez un troisième, mort de pneumonie, il avait dû se produire tardivement.

La muqueuse était normale, mais les sinus contenaient du sang dans 6 cas des deux côtés, et dans 3 cas d'un seul côté ; parmi ces cas, deux fois le sang provenait d'une déchirure de la muqueuse.

La muqueuse était épaisse, et les sinus ne contenaient pas de liquide dans 5 cas ; chez l'un d'eux, il y avait de la dégénérescence polypeuse de la région du méat moyen.

La muqueuse était épaisse, et les sinus contenaient du liquide séreux dans 4 cas ; ce liquide était gris ou jaunâtre, il s'agissait de sujets morts d'affection cardiaque.

La muqueuse était épaissie, et les sinus contenaient du mucus dans 4 cas ; chez l'un d'eux, il y avait de la rhinite chronique, et chez deux autres, des polypes du méat moyen.

La muqueuse était épaissie, et les sinus contenaient du pus chez onze sujets ; chez tous, sauf trois, il existait des lésions nasales.

La muqueuse était polypeuse dans 9 cas ; dans 4, les polypes étaient volumineux comme des polypes du nez. Lorsque ces polypes étaient peu nombreux, ils étaient toujours situés près de l'ostium ou sur le plancher ; lorsque la dégénérescence était envahissante, elle s'étendait surtout au plancher et à la paroi postérieure.

La muqueuse présentait de la dégénérescence kystique dans 12 cas. Les kystes étaient parfois au nombre de deux ou trois, ou bien la muqueuse fut complètement dégénérée. Ces kystes avaient, en général, le volume d'un pois, parfois d'une noisette. Le plus souvent, ils étaient situés sur la paroi interne ; ils contenaient un mucus grisâtre et parfois un liquide jaunâtre filant. Chez quatre sujets, il existait du pus dans l'antre. Chez cinq des douze sujets, où existait de la dégénérescence kystique, on a trouvé des ostium accessoires.

L'auteur a reconnu la présence du sang dans les sinus dans 13 cas, variant en quantité, depuis un caillot jusqu'à remplir la cavité, seul ou mélangé de mucus ou de pus. Sur ces 13 cas, sept sujets avaient eu un traumatisme du crâne ; chez les autres, le suintement sanguin a eu lieu par diapédèse. La présence du pus a été constatée dix-neuf fois, il provenait deux fois d'une lésion extra-antrale, et dans 10 cas, il existait une lésion de la muqueuse nasale.

Le travail de l'auteur se termine par une étude des relations existant entre la maladie qui a causé la mort des sujets et l'état du sinus maxillaire. Il range parmi ces maladies les affections cardiaques, la phthisie pulmonaire, les affections gastriques, etc.

A. RAOULT.

Céphalalgie due à de l'inflammation non suppurative des sinus accessoires des fosses nasales, par ROBERTSON (*Journal of the American medical Association*, 5 mars 1904 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1904, p. 478).

La céphalalgie est due, d'après l'auteur, à des changements

dans la pression de l'air dans les sinus. L'obstruction de l'orifice, empêche l'entrée de l'air dans la cavité ; cet air perd son oxygène par absorption par les vaisseaux de la muqueuse. La pression de l'air est diminuée, et la muqueuse se gonfle de ce fait. Si la lésion continue, la muqueuse secrète de la lymphe qui remplit la cavité. L'auteur compare ce fait à ce qui se passe dans le cas de catarrhe de la caisse du tympan dû à une obstruction de la trompe d'Eustache.

Les symptômes ordinaires simulent ceux de l'empyème du sinus, mais il n'y a pas d'écoulement nasal purulent, et l'éclairage donne un résultat négatif. La céphalalgie cède rapidement au traitement consistant à décongestionner la muqueuse nasale.

A. RAOULT.

Phénomènes de côté du bulbe et de l'orbite dans les sinusites sphénoïdales, par HERMANN SCHRÖDER (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIII, nº 1).

Ceux qui veulent trouver, expliquée en détail, la symptomatologie de la sinusite sphénoïdale, liront avec intérêt le très long article de Schröder.

Plus intéressante est l'observation qui a été le point de départ de ce travail et qui montre quelle difficulté présente parfois le diagnostic dans notre spécialité.

OBSERVATION. — Michel K., 28 ans, reçu le 5 mai 1906. Scarlatine dans l'enfance, otorrhée (côté incertain) depuis ce moment. Quatre semaines avant sa réception, érysipèle du nez ; à la suite, maux de tête, vertige, douleurs dans l'oreille gauche. A l'examen, le sensorium ne paraît pas libre, vacillements à la position debout, même les yeux ouverts. Dans la marche, le malade a une tendance à tomber à gauche. Rigidité et douleurs dans la nuque, herpès labial, exophtalmie à gauche, mouvements du globe gauche limité, nystagmus horizontal.

Oreilles. — A droite, tympan mat ; à gauche, la paroi postéro-supérieure du conduit rouge, infiltration de la pointe de la mastoïde et de la région du cou avoisinante. Sensibilité à la pression. Voix chuchotée, à gauche, $0^m,08$; à droite, incertain. Limite inférieure, D^2 ; Rinne a^1, positif des deux côtés, Galton, à gauche, 1/2 ; à droite, 0,7. Toutes ces indications paraissent incertaines. Nez normal, pas de traces de suppuration. Liquide céphalo-rachidien trouble et sous pression contenant des bactéries. Fond de l'œil normal. Légère exophtalmie à gauche, l'œil gauche ne suit pas

complètement le regard en haut ; nystagmus peu prononcé au début, augmenté au cours de l'examen.

Quel diagnostic poser ? Pouvait-on penser à autre chose qu'à une complication endo-crânienne, abcès de la fosse cérébrale postérieure et méningite partis de l'oreille moyenne ? En conséquence, on fait la trépanation du crâne, on exécute plusieurs ponctions le 6 mai. Le lendemain, paralysie du facial gauche, l'état empire et le malade meurt le 10 mai.

A l'autopsie, on fait les découvertes suivantes : L'hémisphère gauche est normale ; dans la fosse sylvienne droite, une infiltration suppurée de la pie-mère descendait jusqu'à la base du cerveau et y formait une méningite basale classique. Presque tous les sinus sanguins contiennent du sang liquide. Dans le sinus caverneux, pétreux supérieur, dans le golfe, le sinus sigmoïde et la veine jugulaire, une thrombo-phlébite suppurée. Vaste suppuration sous-durale dans la selle turcique et dans l'aile gauche du sphénoïdal.

Les sinus frontaux et sinus maxillaires, normaux. Entre la branche descendante du maxillaire inférieur gauche et l'os maxillaire supérieur gauche, on trouva un ramollissement phlegmoneux de tous les tissus mous, se continuant jusqu'à la base du crâne et jusque vers le cou. Le sinus sphénoïdal droit est rempli d'une suppuration fétide, la muqueuse du sinus sphénoïdal gauche est tuméfiée, mais la suppuration est moins prononcée. Les deux orifices des sinus sont très étroits. Dans le nez, il n'y a pas de pus. Le sinus sphénoïdal gauche est, par un pertuis mince, en communication directe avec la collection extra-durale, au niveau de la selle turcique et paraît avoir été l'origine de toutes les complications endo-crâniennes.

L'*oreille* et le cervelet sont normaux. Il est évident que, dans ce cas, où les anamnestiques faisaient défaut, où le malade, au premier examen, n'était déjà pas en état de donner des renseignements suffisants, le diagnostic a pu dévier.

La conclusion s'impose de rechercher la source possible de ces complications endo-crâniennes dans les empyèmes fermés du nez, si les lésions de l'oreille ne sont pas absolument convaincantes. Un cas tout à fait analogue à celui de Schröder, où des complications endo-crâniennes étaient faussement attribuées à une suppuration de l'oreille, a été publié par Finley. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'une sinusite sphénoïdale suppurée, ayant infecté les sinus caverneux et circulaire. A aucun moment, le malade n'a présenté de phénomènes nasaux. LAUTMANN.

III. — *LARYNX*

La laryngoscopie sous-glottique, par Gerber (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, n° 2).

A l'occasion d'un cas d'hémorrhagie provenant d'un petit vaisseau situé sur la paroi sous-glottique d'une corde, Gerber et Magnus ont essayé d'introduire un petit miroir, spécialement construit à cet effet, et permettant l'examen de la région sous-glottique. Depuis la publication de cet article, des droits de priorité ont été revendiqués de toutes parts (von Eicken). Le miroir même a été modifié depuis par son inventeur. Dans l'article, le miroir et son maniement sont décrits. LAUTMANN.

Sur un état d'irritation particulière du nerf laryngé supérieur et inférieur, par G. Boenninghaus (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, n° 2).

Depuis sept ans, Boenninghaus observe un complexus symptomatologique qui se laisse caractériser de la façon suivante. Dans le décours d'une laryngite ou d'une autre inflammation du pharynx, généralement chronique, les malades se plaignent d'une douleur plus ou moins intense dans le cou. Cette douleur est localisée à deux points fixes, dont l'un correspond au nerf laryngé supérieur, là où il perfore la membrane hyothyroïdienne, l'autre correspond au nerf laryngé inférieur. Il s'agit probablement d'une névralgie de ces deux nerfs, qui, dans la grande majorité des cas, peut être guérie par le massage.

Pour illustrer cette nouvelle entité morbide, et pour donner en même temps une idée de sa fréquence, Boenninghaus publie 82 observations qui, encore, ne constituent pas tous les cas observés par lui. Nous faisons suivre la première observation à laquelle ressemblent toutes les autres, avec cette différence que tantôt il s'agit d'un point laryngé unique, ou supérieur ou inférieur, à droite ou à gauche, tantôt d'une combinaison.

Une malade de 20 ans se plaint depuis 4 ans de douleurs dans le cou, généralement du côté droit, s'irradiant dans l'oreille, persistant parfois des jours entiers, disparaissant ensuite pour réapparaître. La voix est couverte depuis longtemps. Léger catarrhe de la gorge et petite toux. La malade consulte pour la douleur. Le nez est perméable. Hypertrophie du pôle postérieur du cornet inférieur, restes de végétations adénoïdes, légère pharyngite laté-

rale, faiblesse des muscles thyro-arythénoïdes internes. La malade connaît si bien l'endroit de la douleur qu'elle peut nettement l'indiquer avec la pointe d'un crayon. Ce point se trouve au milieu entre la grande aile de l'os hyoïde droit et le bord supérieur du cartilage thyroïde, à l'endroit où le nerf laryngé supérieur perfore la membrane hyothyroïdienne. C'était le premier cas observé par Boenninghaus. Il a cautérisé les deux cornets inférieurs, enlevé les adénoïdes, sans la moindre résultat. Il a faradisé le muscle du larynx et le point douloureux sans plus de succès. Enfin, il a massé le point laryngé et depuis ce temps-là la guérison est restée permanente.

Cette affection paraît après la puberté et est peut être plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle est consécutive généralement à une pharyngo-laryngo-trachéite chronique, mais dans un certain nombre de cas, elle a accompagné le catarrhe aigu de ces régions. En présence de ces symptômes, il faudra penser à l'hystérie, au diabète et au tabès pour éliminer ces maladies avec lesquelles le complexus de Boenninghaus n'a aucun rapport. Non traitée, cette maladie peut durer des années et les récidives ne paraissent pas rares.

De tous les symptômes, le plus caractéristique est la douleur. Cette douleur est surtout marquée par un besoin de déglutir à vide, ce qui est presque pathognomonique pour cette affection. Quelquefois à la place de la douleur, il peut exister des paresthésies. Le diagnostic est confirmé par la constatation de la douleur à la pression du point typique. Quelquefois le malade indique nettement le point douloureux. Généralement, il faut chercher ce point. *Pour trouver le point supérieur*, il faut se placer derrière le malade, qui a largement ouvert son col et relâché le cou par la flexion. On pose le pouce droit dans la partie latérale de l'espace entre os hyoïde et cartilage thyroïde, et l'index gauche au point correspondant à gauche. On exerce ensuite, avec les deux doigts en même temps, une pression qu'on répète plusieurs fois de suite. Cette pression est toujours désagréable, mais elle devient caractéristique par l'intensité de la douleur quand le point douloureux existe. *Pour trouver le point inférieur*, on entre le long du bord droit de la trachée, en la repoussant un peu vers le côté opposé, jusqu'à ce que le doigt rencontre la colonne cervicale. De même, on cherche le point inférieur du côté gauche, en repoussant la trachée vers le côté droit. La recherche du point inférieur est plus difficile que celle du point supérieur. Il est aussi plus rarement atteint que le point supérieur.

Le traitement souverain est le massage, pour lequel Boenninghaus indique quelques règles générales, mais chacun trouvera facilement une méthode spéciale. Une pommade spéciale (à l'iode, par exemple) aura un effet suggestif. Le massage peut être secondé par la galvanisation. En terminant, Boenninghaus étudie la pathogénie de cette affection qui peut être considérée comme une forme spéciale de névralgie. Dans un dernier court chapitre, il récapitule ce que les observateurs ont trouvé avant lui sur cette névralgie particulière des deux laryngés. Pressentie par Tobold, Fraenkel, Avellis (14 cas) elle n'a jamais été aussi nettement reconnue comme entité que par Boenninghaus. LAUTMANN.

Examen laryngoscopique des principales maladies du larynx chez l'enfant, par FINDER (*Berlin. Klinisch. Wochensch.*, n° 45, 1906).

Cet article est destiné aux médecins non spécialistes. L'examen du larynx chez les enfants se fera le mieux avec le tube de Killian ou avec l'autoscope de Kirstein. Quant aux maladies les moins connues par les médecins non spécialistes, Finder cite la membrane congénitale du larynx, le stridor congénital. Ce dernier est dû à une malformation de l'entrée du larynx, épiglotte normalement pliée, laxité des replis aryépiglottiques, etc. On peut rassurer les parents. En général, ces stridors se perdent avec le temps quoique on connaisse des cas de bronchite diffuse avec issue fatale.

Parmi les laryngites, deux doivent attirer l'attention du médecin à cause du pronostic, la laryngite tubéreuse ou noduleuse ou autrement dit les nodules des chanteurs et la laryngite papillomateuse. La laryngite tubéreuse ne demande pas de traitement chez les enfants. On peut instituer un traitement contre le lymphatisme, tout en attendant la disparition spontanée des nodules. Quant aux papillomes du larynx chez l'enfant leur traitement se heurte à la facilité avec laquelle ils récidivent, on se décide de plus en plus aujourd'hui à délaisser la thyrotomie et la laryngofissure, et on attaque les papillomes seulement par voie endolaryngée. A la moindre menace de dyspnée, il faut trachéotomiser. Il y a des cas où il faut plusieurs années pour guérir une laryngite papillomateuse. LAUTMANN.

Anesthésie dans les opérations sur les voies respiratoires supérieures (*The Practitionner*, janvier 1905, p. 66 et suivantes).

A. **Au point de vue de l'opérateur**, par Saint-Clair Thomson.

Les difficultés sont dans les opérations sur les voies respiratoires supérieures, très grandes à la fois pour l'opérateur et pour l'aide qui se gênent souvent réciproquement, au niveau d'un orifice peu large, par lequel le malade respire, tousse, avale, crache, vomit, saigne, respire l'anesthésique et par lequel passent les instruments. L'aide qui anesthésie en plus de cette fonction, aide fatalement à l'opération, car une troisième personne serait une gêne dans cet espace restreint, son rôle est donc très important.

Les chapitres suivants concernent le choix de l'anesthésique, les dangers, les moyens d'éviter les accidents. L'auteur décrit les diverses positions à donner au malade dans les opérations en question : position assise pour les opérations de végétations, la paracentèse du sinus maxillaire et l'ablation des papillomes du larynx chez l'enfant ; position de Rose qu'il condamne, et position couchée, la tête un peu plus basse que le niveau de la table, qu'il préfère de beaucoup à la précédente. Puis l'auteur décrit les moyens de prévenir les hémorrhagies dans les diverses opérations sur le nez et le pharynx ; dans les cas où on redoute une hémorrhagie grave, il conseille de faire une incision intercrico-thyroïdienne et de placer une canule à laryngotomie qui sert à continuer l'anesthésie, tandis qu'on tamponne le pharynx inférieur. Il décrit ensuite l'appareil de Hahn pour l'anesthésie par le tube trachéal pendant la thyrotomie. Pour les opérations simultanées des végétations et d'amygdales, il préfère le chloroforme à tout autre anesthésique.

B. **Au point de vue de l'aide qui anesthésie**, par Andley W. Buxton.

Les opérations sur ces régions sont d'après l'auteur celles où l'anesthésie est le plus difficile. Il faut que l'aide soit habitué à l'opérateur et sache comment donner l'anesthésique suivant le cas. L'aide doit avoir les mains soigneusement lavées, et les appareils destinés à l'anesthésie doivent être stérilisés ou désinfectés. L'auteur étudie ensuite la façon de donner les différents anesthésiques suivant l'âge, le sexe du malade et la durée de l'opération, il décrit minutieusement l'anesthésie par le protoxyde d'azote et

les anesthésies combinées (protoxyde et chloroforme, chlorure d'éthyle et chloroforme, etc.). Il recommande de ne pas pousser trop loin l'anesthésie chez les enfants. Il fait faire à ceux-ci un léger repas, trois heures avant l'opération. Il reprend enfin la méthode d'anesthésie nécessaire pour chacune des opérations soit intra-nasales, soit sur le corps thyroïde et sur le larynx.

A. RAOULT.

Extraction des corps étrangers du larynx, par R. BARCLAN (*Medical Fortniglstly*, 11 septembre 1905, in *Monthly Cyclopedia*, novembre 1905, p. 510).

L'auteur s'est trouvé plusieurs fois en présence d'une assez grande difficulté d'extraction de corps étrangers irréguliers ou piquants en raison du spasme réflexe qui incite le malade à contracter ses cordes vocales ; ce qui retient le corps étranger. Dans ces conditions l'auteur recommande la technique suivante : le larynx étant anesthésié complètement à la cocaïne, il fait pousser au malade le son « a », il saisit à ce moment le corps étranger solidement avec une pince ; le malade pousse le son jusqu'à expiration complète ; alors le malade est prié de faire une inspiration forcée, à ce moment on fait faire quelques mouvements de latéralité au corps étranger qui est enlevé très facilement.

A. RAOULT.

Canule trachéale enlevée de la bronche gauche, par ROBERT FULLERTON (*Glasgow eastern medical society* in *Glasgow medical journal*, août, 1904, p. 139).

La canule s'était échappée chez un jeune homme trachéotomisé, et avait filé dans la trachée, puis s'étant logée dans la bronche gauche. On put enlever cette canule par la plaie trachéale, pendant le sommeil chloroformique. A. RAOULT.

Morceaux de capsule de pépins de pomme fixés dans la région sous-glottique chez une enfant de 2 ans, par WALKERS DOWNIE (*Glasgow medico chirurgical society*, mai 1904, *in Glasgow medical journal*, décembre 1904).

Cette enfant présente brusquement après avoir mangé une pomme une respiration bruyante sans gêne respiratoire, sans que la voix fut affectée. On hésita quinze jours avant d'opérer l'enfant,

qui fut trachéotomisée. Dans la plaie opératoire on ne trouva pas de corps étranger. L'auteur fit alors passer avec une pince un ruban de gaze, qui fut rattrapé par la bouche, et sur cette gaze on trouva les débris du corps étranger, qui était fixé dans l'espace sous-glottique. La canule fut laissée en place vingt-quatre heures, les suites de l'opération furent des plus simples.

A. RAOULT.

Observations sur quelques points de la cure locale de la tuberculose laryngée, par MASSÉI (*Arch. internat. laryngologie*, janvier 1906).

1° Ecartant la galvanocaustie qui a donné à Mermod de brillants résultats, l'auteur a recours, lorsqu'il est décidé à un traitement local énergique, au curettage et aux pinces coupantes — ce sont surtout les formes végétantes à la phase ulcéreuse ou non, les formes infiltrées denses, circonscrites et superficielles que l'on peut modifier.

2° La trachéotomie, dans la majorité des cas, a donné un résultat inespéré, au point de vue de l'amélioration des lésions laryngées, voir même de leur guérison, ainsi que l'amélioration des conditions pulmonaires et générales.

3° Les injections endo-laryngées et endo-trachéales sont un auxiliaire précieux non seulement contre la tuberculose laryngée mais aussi contre la tuberculose pulmonaire. M. GRIVOT.

Action efficace du traitement local dans la tuberculose laryngée, par SKILLERN (*American medicine*, 7 mai 1904, in *Therapeutic gazette* 15 juillet 1904, p. 469):

Dans les cas d'infiltration légère et localisée aux aryténoïdes, l'auteur conseille les nettoyages du larynx, avec une solution saline normale, et des applications d'une solution d'adrénaline à 1 $^{0}/_{00}$ sur les cornets congestionnés ; s'il est nécessaire on peut faire un traitement plus actif des voies respiratoires supérieures. Pour l'auteur des pulvérisations intra-laryngées n'ont qu'une action psychique.

Lorsque l'infiltration aryténoïdienne et interaryténoïdienne est plus accentuée, qu'il y a de l'aphonie incomplète, et que le malade éprouve la sensation de corps étranger dans la gorge, l'auteur recommande des badigeonnages locaux, avec une solution de sublimé dans l'eau et la glycérine de parties égales à 1 $^{0}/_{00}$; à

30 centimètres cubes de cette solution on ajoute 0 gr. 65 de menthol.

Lorsque la lésion est encore plus accentuée et se propage aux cordes et aux replis aryépiglottiques, que la dysphagie est accusée, l'auteur recommande des gargarismes avec une solution d'eau oxygénée à 5 $^0/_0$; puis on cocaïnise le larynx avec une solution à 2 $^0/_0$, et enfin on fait des badigeonnages locaux avec une préparation contenant : gaïacol et huile d'olive de chaque 15 centimètres cubes, et menthol 3 gr. 2.

On conseille au malade de prendre sa nourriture dans la position de Wolfenden (le malade couché, la tête plus basse que le corps), qui soulage la dysphagie, parce que les aliments glissant dans les sinus pyriformes, et n'ont pas de contact avec le larynx.

Lorsque tout le larynx est atteint et ulcéré, l'auteur se sert des badigeonnages d'acide lactique, quoiqu'il n'ait pas en lui une confiance illimitée. Il faut aussi après cocaïnisation, des badigeonnages avec formaline sept parties, essence de girofle, dix parties, acide lactique cinquante, glycérine neuf, pour faire cent parties. Il pratique en suite une insufflation d'orthoforme ou d'aristol.

Chirurgicalement, l'auteur ne veut faire que des curettages très légers. A. RAOULT.

Tuberculose du larynx, par WAXHAM (*Colorado medical Journal*, mars 1904, in *Therapeutic Gazette*, 15 novembre 1904, p. 165).

Cet article est une citation d'un travail de Théodore Herspug de Varsovie, auquel nous renvoyons le lecteur. A. RAOULT.

De la syphilis des voies respiratoires supérieures et de son traitement, par SAINT-CLAIR THOMSON (*The Practitionner*, juillet, 1904, p. 118).

L'auteur expose l'utilité du diagnostic d'une lésion syphilitique de ces régions, qui met souvent sur la voie du diagnostic de la maladie auparavant ignorée ; d'autre part, le diagnostic précoce de ces lésions et leur traitement rapide empêchent parfois des pertes de substances considérables.

Il expose dans une étude résumée les différentes lésions de la syphilis acquise à ces trois périodes, et de la syphilis héréditaire dans leurs lésions nasales, pharyngées et laryngées.

Pour le traitement, l'auteur insiste sur l'hygiène du malade :

grand air, repos, absence de travaux fatiguants, suppression du tabac et de l'alcool, etc. Il est d'avis de donner dans la période tertiaire, le mercure en injection, conjointement avec l'iodure à l'intérieur. Souvent la prescription de l'un ou de l'autre de ces médicaments seul, est insuffisante. Par un traitement actif dans un cas de syphilis du larynx on peut éviter la trachéotomie.

Saint-Clair Thomson recommande dans les formes phagédéniques du pharynx des fumigations dans la gorge avec du calomel, cinq grains placés dans une ampoule de verre que l'on chauffe avec une lampe à alcool).

Localement, l'auteur conseille les attouchements à l'acide phénique pur sur le chancre, il conseille le traitement de Fournier dans la période secondaire et la période tertiaire, il recommande les injections intra-nasales au sublimé, suivies d'insufflations de poudre de calomel. Dans les affections invétérées du larynx, il conseille le traitement thermal ; Aix-les-Bains et Marlioz.

A. RAOULT.

Hémorrhagie du larynx survenue chez un chanteur à la suite d'un effort non vocal, par F. ARDENNE (*Revue hebdom. de laryng.*, 10 novembre 1906).

A la suite de violents efforts de défécation, hémoptysie laryngée qui dura une heure et demie. Epanchement sanguin dans les deux tiers antérieurs de la corde vocale gauche. Peut-être le surmenage antérieur du larynx par les exercices de chant favorisa-t-il cette hémorrhagie. A. HAUTANT.

Laryngectomie dans le cas de cancer, par GERMAIN (*Journal of the American medical Association*, 9 avril 1904 ; in *Therapeutic Gazette*, 15 octobre 1904, p. 701).

La mortalité est d'après l'auteur pour la période s'étendant de 1888 à 189?, de 14,5 %, et le taux des récidives est de 11 %. Les nouvelles méthodes empêchent l'infection et la pneumonie, mais subsistent encore les cas de mort trop fréquente par arrêt du cœur dû aux réflexes partant du laryngé supérieur, ou par dégénérescence du vague.

L'auteur fait la laryngectomie plusieurs jours ou plusieurs semaines après la trachéotomie. Il expose les règles de laryngectomie totale et partielle, et il décrit les soins consécutifs à l'opération. A. RAOULT.

A propos d'un cas de sténose laryngée, par Fallas (*La Presse oto-laryngologique Belge*, n° 4, 1906).

Cas fort complexe de sténose laryngée, chez un enfant de 13 ans. A la suite d'une cause mal définie se produisit une sténose laryngée aiguë qui, après cinq intubations consécutives suivies de rejet du tube nécessite une trachéotomie quelques jours après enlèvement de la canule et persistance de l'oppression tenant à une lésion sous-glottique manifestée par une tuméfaction gauche et antérieure d'où sortait du pus. Malgré l'établissement d'une canule trachéale à demeure la sténose augmente et dut être traitée par la dilatation, méthode Boulay, qui fut continuée pendant plusieurs mois sans grande amélioration, section du thyroïde et curettage des bourgeons charnus. Nouveau tubage avec les tubes d'O'Dwyer sans grand résultat appréciable, puis le malade est perdu de vue.

Fallas à propos de cette observation, qu'il rapporte et discute longuement, passe en revue les causes capables de produire les sténoses aiguës, et en discute le traitement. La sténose aiguë sera traitée par le tubage à l'aide d'un tube long, en ébonite, et du plus petit diamètre qui puisse être retenu dans l'organe. Les sténoses chroniques seront dilatées par des tubes de Schrœtter, en ébonite, et restant en place pendant un temps très court, ou par des tubes d'O'Dwyer qui peuvent être en place pendant un ou plusieurs jours. Après trachéotomie on pourra utiliser les mêmes instruments ou ceux de Boulay ou imiter le procédé de Ferreri. Enfin se pose la question d'une intervention chirurgicale : l'électrolyse est d'une instrumentation compliquée et difficile; il vaut mieux utiliser la laryngo-fissure totale, que l'on terminera en suturant soigneusement le cricoïde et le thyroïde et n'appliquant comme pansement qu'une mèche de gaze autour de la canule placée en trachéotomie basse.

A. HAUTANT.

Cancer épithélial extrinsèque du larynx chez une jeune fille opérée et guérie, par P. Jacques (*Revue hebdomadaire de laryng. otol.*, etc., 29 décembre 1906).

Jeune fille de 25 ans présente des accès de suffocation, ayant débuté quatre ans auparavant, et s'étant accru depuis quelques mois. Le laryngoscope fait voir une tumeur rosée déformant la bande ventriculaire gauche, ulcérée en avant, prenant la totalité de la corde vocale et immobilisant toute cette moitié de l'organe.

Epaississement de la lame gauche du thyroïde. Pas de ganglions. D'urgence trachéotomie basse.

Trois mois plus tard, progrès excessifs de cette tumeur du volume d'un œuf d'oie, laissant la peau intacte, rendant le larynx méconnaissable à la palpation ; grands progrès de la tumeur à l'intérieur du larynx. Intervention. Un tube de caoutchouc remplace la canule trachéale. La tuméfaction prélaryngée était constituée par un ganglion prélaryngé très hypertrophié et dégénéré ; le cancer, d'abord intrinsèque, avait perforé le canal aérien à mihauteur de la crête médiane du thyroïde et par l'espace cricothyroïdien. Section de l'anneau cricoïdien, de la membrane cricothyroïdienne, du bouclier thyroïdien et de la membrane thyrohyoïdienne à quelques millimètres à droite de la ligne médiane. Incision transversale de la membrane thyro-hyoïdienne. Section verticale et médiane du larynx ; section horizontale de la moitié gauche de la trachée et extirpation de toute la portion malade. L'épiglotte est conservée ainsi que les deux tiers postérieurs de la moitié droite du larynx.

Hémostase au thermo-cautère et par quelques ligatures. Suture de la muqueuse laryngo-trachéale en avant à l'incision d'accès, en arrière à la muqueuse œsophagienne. Incision d'accès suturée en deux plans. Courte sonde en gomme glissée dans l'œsophage par la partie supérieure de la plaie cutanée. Quelques heures plus tard, hémorrhagie grave nécessitant le tamponnement de la cavité opératoire au-dessus de la canule.

Alimentation directe par la bouche le dix-neuvième jour. Revue trois mois après : l'atrésie du larynx nécessitait le port d'une canule.

Il s'agissait d'une tumeur épithéliale métatypique d'origine pavimenteuse. A. HAUTANT.

Contribution à l'étiologie de la paralysie du nerf laryngé inférieur, par DEGE *(Berliner klinisch. Wochensch.*, **n° 45, 1906).**

Les traumatismes directs du nerf laryngé ou du pneumo-gastrique sans lésion du larynx sont relativement rares. Dege a vu trois cas dont il donne l'observation détaillée. Dans le premier cas, un cocher a fait une chute de son siège ce qui lui a occasionné beaucoup de lésions, dont une intéressante pour la question. La partie sternale de la clavicule gauche était luxée en avant, et se trouvait sur le sternum d'où elle pouvait être réduite facilement. Depuis l'accident, 12 juin 1906, le malade se plaignait de raucité de la voix.

A l'examen on trouvait, au mois d'août, la corde gauche en position cadavérique ; pendant la phonation la corde droite dépasse la ligne médiane pour s'accoler à la corde gauche qui paraît plus courte et moins large. Il s'agissait d'une paralysie de la corde gauche qui s'est améliorée avec le temps.

S'il s'agissait d'une luxation rétro-sternale, la paralysie laryngée s'expliquerait facilement. Dans le cas actuel, il faut admettre un mécanisme spécial pour la luxation pré-sternale, d'après lequel la partie sternale de la clavicule est allée d'abord après déchirure de la capsule en haut, et ensuite s'est placée sur le sternum. De cette façon la pneumo-gastrique a pu être directement frappé par la clavicule.

Le deuxième cas est moins net. Un homme de 52 ans fait une chute d'un char à blé. Il se fait de nombreuses contusions dont une forte au cou. Depuis l'accident, le malade avait une raucité de la voix. Deux ans après la chute, la corde droite est en position cadavérique avec bord excavé, luxation du cartilage aryténoïde droit en avant. La clavicule droite paraît un peu courbée dans son milieu. Les rayons X montrent dans la région de l'artère sous-clavière une ombre nette (anévrisme). S'agit-il dans ce cas d'un traumatisme direct du nerf par la chute ou par la compression par l'anévrisme ? L'apparition de la raucité de la voix immédiatement après l'accident plaiderait pour la première hypothèse, la persistance de la paralysie, pour la seconde.

Le troisième cas est moins intéressant et concerne la section du récurrent gauche pendant l'opération exécutée pour un carcinome de la glande thyroïde, englobant la trachée.

Dege a eu occasion d'observer une paralysie du laryngé inférieur qui a paru le cinquième jour d'une pneumonie chez un grenadier. Cette complication doit être très rare. Sur 82 000 hommes soignés pendant 20 ans de pneumonie dans l'armée prussienne, ont été observées une paralysie du récurrent après pneumonie gauche par Mielecki, une parésie par Pieper, deux paralysies passagères en 1899 et deux autres en 1901 et 1902.

Cette paralysie peut être due à la toxine pneumonique, à la compression du nerf par le poumon directement ou par les ganglions infiltrés et enfin par les cicatrices pleurétiques. Cette dernière cause doit être la plus fréquente, surtout quand il s'agit de paralysie du nerf laryngé inférieur droit. LAUTMANN.

Deux cas de crico-thyrotomie pour ablation de néoplasmes intra-laryngés, par William [illegible] (*Glasgow pathological and clinical Society*, in Glasgow medical journal, août 1904, p. 3).

[illegible] le premier cas, la malade souffrant de gêne de la dégluti[illegible] [illegible] très marquée. Elle avait, dit-elle, avalé une [illegible] deux mois et demi auparavant, mais on ne trouva pas [illegible] corps étranger. A l'examen on voyait la corde et la [illegible] gauches, épaissies et enflammées, ainsi que [illegible] et du repli ary-épiglottique [illegible]. La malade présentait une toux persistante et de la res[illegible] avec accès de dyspnée. Les derniers accidents [illegible] par un traitement local, mais néanmoins ils repa[illegible] et [illegible] pratiquer la trachéotomie d'urgence. On ne trou[illegible] dans les antécédents aucun signe de syphilis.

[illegible] une semaine plus tard la crico-thyrotomie, en pro[illegible] en [illegible] de la trachéotomie. Les tissus hyper[illegible] jusqu'au périchondre au moyen des ciseaux et de la [illegible]. La cavité fut tamponnée avec de la gaze iodo[illegible], tandis que la canule était remise en place. La plaie fut [illegible] par des sutures au moyen de crins de Florence. Deux jours après, le larynx fut ouvert à nouveau, pour enlever le tam[illegible] un nouveau tamponnement fut remis en place pen[illegible] deux jours, et enfin la plaie fut abandonnée à la cica[illegible] sans pansement intérieur.

Un mois après, la malade avait repris un meilleur aspect, mais présentait encore des quintes de toux.

Les parties enlevées furent examinées au microscope, le dia[illegible] anatomo-pathologique de Ferguson est : hyperplasie chro[illegible] fibromateuse à marche progressive.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 69 ans, chez lequel un [illegible] diagnostiqua un cancer localisé de la corde vocale gauche, prescrivit un traitement ioduré. Quoique l'état général [illegible] ; au bout de six mois le malade continuait à avoir des quintes de toux et de la dyspnée d'effort.

L'auteur examina le malade dix-huit mois après et trouva une tuméfaction légère de la bandelette droite, plus marquée à la partie antérieure. La moitié gauche du larynx était occupée par une tumeur semblant avoir son point de départ au niveau du ventricule gauche, et englobant la corde et la bandelette gauches. La surface était rouge, molle.

L'auteur pratiqua la laryngo-fissure après trachéotomie préa-

lable ; la tumeur fut enlevée et les pansements furent faits comme dans le cas précédent. La respiration redevint normale dans la suite. D'après l'examen histologique, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

A. RAOULT.

Existe-t-il jusqu'à présent une exception à la règle que dans les affections intenses des récurrents, les adducteurs des cordes sont lésés avant les abducteurs, par O. ROSENBACH (*Berlin. klinisch. Woch.*, n° 46, 1906).

Nous recommandons à ceux qui veulent trouver des idées originales la lecture des travaux de Rosenbach. Cette lecture n'est pas aisée car, non seulement le style se rapproche du fameux style de Kant, mais encore Rosenbach use d'une terminologie spéciale. Dans l'article que nous voulons analyser, Rosenbach nie que le cas de Saundby et Hewetson partout cité comme unique exception à la loi de Sémon, constitue réellement cette exception. Nous tâcherons de reproduire après Rosenbach ses raisons.

Comment reconnaît-on une parèse ou une paralysie des postici ? Pas d'après l'étroitesse de la glotte, car celle-ci dépend des conditions individuelles et d'une action perverse (perverse probablement pour tonicité diminuée) des postici normaux. On ne la reconnaît pas non plus d'après les petites variations (élargissement minima dans la respiration normale). On la reconnaît seulement par le fait que les cordes se rapprochent surtout par la respiration profonde et qu'elles ne se ferment pas pendant la phonation. La fermeture incomplète de la glotte pendant la phonation est un symptôme excessivement important dans la paralysie ou parésie du postici, mais elle n'a aucun rapport avec la paralysie des adducteurs. Ce manque de fermeture est dû à l'absence de l'action des postici (muscles synergétiques). Les cordes se rapprochent d'autant plus que la respiration est profonde, jusqu'à provoquer la respiration stridoreuse. Cette respiration stridoreuse pendant l'inspiration forcée est un des symptômes les plus importants d'un commencement d'affection des nerfs récurrents, à tel point important que sans ce symptôme on ne peut pas diagnostiquer une véritable paralysie des postici. Quand ce stridor manque, on a la preuve qu'il existe déjà une parésie des adducteurs.

D'après ces remarques préliminaires, Rosenbach critique le cas de Saundby. Le malade a été observé seulement quelques jours avant sa mort. Il était dans un état de santé déplorable ; l'examen clinique est beaucoup moins explicite que l'examen post-mortem.

Rosenbach ne peut voir dans le cas de Saundby que le dernier acte d'une paralysie presque complète du récurrent. Le premier examen du 13 mars dans l'observation de Saundby dit que l'adduction des cordes est incomplète. On ne peut en conclure qu'il existe une paralysie assez prononcée des adducteurs, car si celle-ci n'existait pas la glotte aurait dù se fermer jusqu'à provoquer la respiration stridoreuse. Il serait erroné de conclure que la fonction des postici était bonne, on peut seulement dire que les adducteurs n'ont plus fonctionné. Pour prouver que les postici ont fonctionné, il aurait fallu montrer que la glotte est devenue large, et même plus large que normalement, pendant l'inspiration.

Quant à la phonation, on n'en parle presque pas, on dit seulement que le malade a perdu sa voix deux semaines avant son entrée à l'hôpital. Il faut donc croire que le malade ne pouvait plus émettre des sons forts ce qui plaide beaucoup pour l'idée que la paralysie des adducteurs était déjà en belle voie d'évolution avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Rosenbach critique également l'examen du 16 juin et quant à celui du 2 avril, il dit nettement qu'il était typique pour une paralysie des abducteurs et des adducteurs.

En terminant, Rosenbach réclame pour lui le droit de priorité, et ne veut pas que le nom de Félix Semon soit associé au sien quand on parle de la règle, et non pas de la loi (car en histoire naturelle, il n'existe pas de lois et seulement des règles) des récurrents. En 1879, Rosenbach a écrit : « Il faut enregistrer le fait que dans la compression du récurrent, la fonction des dilatateurs est la première lésée, et les constricteurs sont seulement intéressés plus tard. »

LAUTMANN.

IV. — *PHARYNX*

Troubles cardiaques dans la diphtérie, par F.-W. White (*Journal of the american medical association*, 21 octobre 1905, in *Monthly Cyclopedia*, novembre 1905, p. 506).

Les troubles cardiaques de la diphtérie présentent souvent les caractères de l'insuffisance mitrale, avec arythmie et peu de symptômes. Parfois on ne trouve que la rapidité du pouls et de l'arythmie. Des troubles légers persistent parfois deux à six mois après la fin de la maladie. Souvent les lésions cardiaques ne se localisent que dans les premiers six mois, ils durent plus long-

temps, quelques-uns guérissent. La durée est en rapport avec la gravité de l'affection causale. Chez l'enfant, ces lésions sont rares, mais ,néanmoins, il faut y penser. Les troubles cardiaques de longue durée peuvent guérir entièrement ; il ne faut donc pas désespérer dans ces cas. Le repos au lit est absolument indiqué pendant assez longtemps, puis on lui fait succéder un exercice modéré. A. RAOULT.

Traitement antitoxique de la diphtérie, par B. FRANKLIN ROYER (de Philadelphie) (*Therapeutic gazette*, 15 avril 1905, p. 217).

L'auteur s'élève contre l'administration tardive et parcimonieuse du sérum antidiphtérique, comme on le pratique paraît-il à Philadelphie. Il donne de larges doses dans les diphtéries naso-pharyngiennes, comme étant les plus toxiques, en raison de la présence du tissu adénoïdien et lymphoïde abondant dans cette région. Les injections doivent aussi être abondantes dans les cas de diphtéries laryngées, afin d'arrêter l'extension des fausses membranes. La dose d'antitoxine doit être en raison de la proportion de l'exsudat et de la localisation de celui-ci. A. RAOULT.

Relations entre l'hypertrophie des différentes amygdales de l'anneau de Waldeyer et l'étiologie des maladies, par J. PRICE-BROWN (de Toronto) *Monthly Cyclopedia*, novembre 1905, p. 489).

L'auteur commence par montrer la topographie, la structure de chacune des amygdales, ainsi que leur rôle physiologique et bactéricide dû à cette situation. A l'état normal les amygdales ne peuvent pas être causes de maladies, mais leur hypertrophie doit être redoutée. Puis l'auteur énumère les causes d'infection des différentes amygdales, provoquant l'hypertrophie de ces organes ; puis il décrit les complications que provoque cette hypertrophie : troubles respiratoires et auriculaires pour l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée ; plus grande fréquence et gravité des fièvres éruptives chez les enfants atteints d'hypertrophie des amygdales palatines ; dilatation des cryptes dans ces cas et infections plus faciles localement avec généralisation d'autant plus aisée. L'auteur est d'avis que l'amygdale linguale ne peut être que difficilement infectée en raison du passage fréquent de la salive, qui la nettoie constamment ; il ne se rend pas compte de la stagnation du mucus infecté dans les vallicules où baigne la tonsille linguale.

A. RAOULT.

Fonctions de l'amygdale, par G.-B. Wood (*Bulletin médical de l'Université de Pensylvanie*, octobre 1904, in *Monthly Cyclopedia*, février 1905, p. 88).

D'après ses travaux histologiques, l'auteur émet les propositions suivantes : 1° Les formes anciennes de leucocytes dérivent d'un développement continuel des lymphocytes plus jeunes. La cellule lymphoïde peut être considérée comme une forme jeune de leucocyte, capable de croître et de revêtir certains changements morphologiques ; 2° le lymphocyte dérive originairement du tissu épithélial. Le thymus joue à cet égard le rôle le plus important ; 3° il existe des preuves histologiques manifestes que les lymphocytes dérivent de l'épithélium des cryptes amygdaliennes.

Pendant le développement de l'amygdale, on voit un amas d'épithélium dans le tissu mésodermique, avant qu'on puisse observer la présence de cellules lymphoïdes dans cette région. Les premiers lymphocytes se voient dans la tonsille, autour de l'amas épithélial, et sont caractérisés par de fins prolongements anastomotiques du protoplasma. D'après l'auteur, l'épithélium des cryptes montre une tendance marquée vers un développement constant. Ceci est prouvé par la pénétration de cellules épithéliales dans le parenchyme de la tonsille et la formation de masses kératoïdes à l'ouverture de la crypte, Il existe aussi des cellules de transition entre les cellules épithéliales et les lymphocytes, suivant le stade de leur développement, et surtout dans la région de l'épithélium des cryptes. Le degré d'infiltration de l'épithélium n'est pas en relation avec le contenu des cryptes. En d'autres termes, les bourgeons épithéliaux, sans cavité, présentent autant et plus que les cryptes cette infiltration. La destruction complète de l'épithélium des cryptes est rare, car il reste toujours un nombre suffisant de cellules épithéliales à l'intérieur des cryptes pour opposer une barrière.

Les amygdales seraient donc des organes ayant, dès le début, une fonction leucocytaire. Les leucocytes se développent en raison des transformations des tissus de l'économie. Or, les tonsilles sont les organes les plus volumineux et les mieux développés au moment de la vie où ces transformations s'effectuent : pendant l'enfance. Les amygdales remplacent le thymus lorsque celui-ci cesse sa fonction. Enfin l'auteur pense que chez l'adulte le tissu adénoïde remplit le rôle qu'on attribuait aux amygdales pendant l'enfance.

A. RAOULT.

NOUVELLES

NOMINATIONS

Le Dr Schütter, de Groningue, a été nommé professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie.

Le médecin militaire, Dr Quix, a été nommé, pour la même branche, professeur à l'Université d'Utrecht.

Les Drs Keimer, de Dusseldorf, et Eschweiler, de Bonn, ont reçu le titre de professeur.

DÉCÈS

On annonce la mort du Prof. Kessel, chef de la clinique otologique à l'Université d'Iéna.

NOUVELLES DIVERSES

La lutte continue ardente entre les partisans de l'union et ceux de la scission de l'otologie avec la laryngologie. Récemment à la Société laryngologique allemande, Barth a plaidé la cause de la fusion, tandis que les laryngologistes de la première heure, B. Fraenkel et M. Schmidt, ont vigoureusement défendu le maintien de la séparation des deux spécialités.

L'installation de service d'otologie et de service de laryngologie dans les grands hôpitaux allemands, font de rapides progrès.

A Francfort, l'hôpital de la ville a organisé une clinique otologique sous la direction du Prof. Voss,et une clinique laryngologique parallèle, confiée au Prof. Spiess ; ces deux services fonctionneront en 1908.

A Berlin, le Prof. Hartmann a été mis à la tête d'un nouveau service d'otologie créé à l'hôpital Virchow.

A Dusseldorf, le parti de la fusion triomphe en la personne du Prof. Keimer qui installe un service oto-laryngologique à l'Académie de médecine pratique.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

MALADIES DU NEZ, DE LA GORGE, DES OREILLES, DE LA BOUCHE ET DU COU.

M. Pierre Sebileau, agrégé de la Faculté, chargé de cours, commencera son enseignement, le *lundi* 2 décembre, dans son service de l'hôpital Lariboisière (nouveaux bâtiments).

Cet enseignement sera gratuit.

Les élèves inscrits, après un mois d'instruction technique, seront admis, pour trois mois, à la consultation, sous le contrôle permanent des assistants directs.

Il leur sera ensuite délivré un certificat d'études.

Tous les médecins et tous les étudiants en médecine sont admis aux leçons cliniques. Cet enseignement clinique sera accompagné et suivi, autant que de besoin, de démonstrations anatomiques et d'un cours de médecine opératoire spéciale qui seront faits à l'Ecole d'anatomie et de chirurgie des hôpitaux (17, rue du Fer à Moulin).

DISTRIBUTION DU TRAVAIL

Consultations. — Mardi, jeudi, samedi.

Examen public des malades par le chef de service. — Mardi, samedi.

Leçon clinique hebdomadaire. — Mercredi.

Opérations. — Lundi, vendredi.

Petites opérations (adénoïdotomies, etc.). — Jeudi.

Lorsque le praticien aura inutilement épuisé la liste des ferrugineux et reconstituants, sans guérir ses anémiques, neurasthéniques, consomptifs, débilités, etc., il obtiendra des résultats qui le surprendront en faisant usage du Sirop d'Hémoglobine Deschiens qui permet de réaliser une apothérapie hématique intense et rapide, sans imposer la moindre fatigue aux organes digestifs.

Vin de Chassing (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (*Voir aux Annonces*).

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXIII. — N° 12. — Décembre 1907.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PACHYDERMIE DES CORDES VOCALES PAR LA METHODE DU FRAISAGE

Par **J. GAREL**, **Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon, directeur de la Clinique laryngologique de l'Hôpital Saint-Luc.**

Dans le cours de cette année, un de mes élèves, M. Bourbon, dans sa thèse inaugurale (Lyon 1906) a étudié le traitement de la pachydermie des cordes vocales par ma méthode, bien ancienne déjà, du *fraisage*. Ce travail d'ensemble repose sur un certain nombre d'observations de ma pratique personnelle.

Nous savons tous combien il est difficile de guérir ces formes de laryngite chronique décrites sous le nom de *chordite hypertrophique*. Le traitement médical seul ou combiné avec des badigeonnages du larynx est le plus souvent inefficace.

En 1880, le Prof. Labus, de Milan, publia une note sur le traitement de ce genre de lésion par la décortication des cordes vocales. Sa méthode consistait à dilacérer superficiellement la muqueuse épaissie du revêtement des cordes, au moyen d'une petite pince dans le but de supprimer toutes les parties hypertrophiées. J'avais été vivement intéressé par la lecture de ce mémoire, mais je trouvais cependant que la méthode manquait de précision. Si l'on pouvait par ce moyen extirper les parties les plus épaisses de la muqueuse, il n'en était pas de même pour les parties minces étalées en nappe à la surface des cordes. On pouvait bien déchirer çà et là

quelques lambeaux ou rubans muqueux, mais il était difficile d'agir d'une manière complète sur toute la surface de la corde vocale.

Vers 1884, je pensais qu'il valait mieux remplacer la décortication par le râclage des cordes, comme cela se pratique dans certaines formes de lupus des téguments. Je fis construire alors une tige à courbure laryngée, terminée par une extrémité renflée et taillée en râpe à sa face inférieure. Après quelques tentatives, je vis que cette tige ne me permettait pas d'agir avec assez de force sur la corde vocale. Il me vint alors à l'idée d'imaginer un mécanisme, sorte de drille, imprimant à la râpe un mouvement de rotation sur l'axe, afin de pouvoir agir sur toute la face supérieure des rubans vocaux. L'instrument dont je me sers est toujours le même que celui que j'eus l'honneur de présenter à la Société française de Laryngologie en 1887.

L'appareil a été construit sur les mêmes dimensions que les diverses pinces qui se fixent sur le manche universel à trois anneaux de Stoerck. Cette disposition nous dispense donc de posséder un manche spécial pour cet instrument. Le mouvement de va-et-vient des anneaux a été utilisé pour imprimer à la fraise la rotation sur l'axe dans les deux sens.

La figure 1 ci-jointe représente les détails du mécanisme intérieur, mais un tube métallique, non représenté dans la figure, recouvre et protège le tout. Ce tube métallique externe se visse sur les deux parties extrêmes B et I. La pièce B est immobilisée par la première vis du manche. Quant à la tige A, elle est maintenue par la vis mobile qui fait corps avec les deux anneaux de traction. La tige A, rigide dans sa première partie, vient s'adapter à la pièce C ou ruban de laiton contourné en spirale. Cette disposition permet à la partie C demi-rigide d'exécuter les mouvements de va-et-vient commandés par le manche, ces mouvements devant se passer dans l'intérieur d'un tube rigide coudé. A l'extrémité du ruban C est soudé un écrou minuscule D, de section carrée, qui, grâce à l'immobilité de la pièce I, peut courir de haut en bas et de bas en haut sur une tige spiralée à laquelle elle imprime un mouvement de rotation sur l'axe. Cette tige tra-

verse la pièce I et se termine par une tête H, partie terminale et mobile de l'instrument.

L'extrémité H, représentée en M en grandeur naturelle, a sa face inférieure taillée en râpe. Lorsqu'on fait mouvoir le manche à trois anneaux, l'écrou D monte et descend alternativement le long de la tige en spirale E, imprimant à l'extrémité H un mouvement de rotation sur l'axe tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. En aucun cas la pièce H ne peut se détacher et tomber dans le larynx car elle est retenue en F par un double écrou.

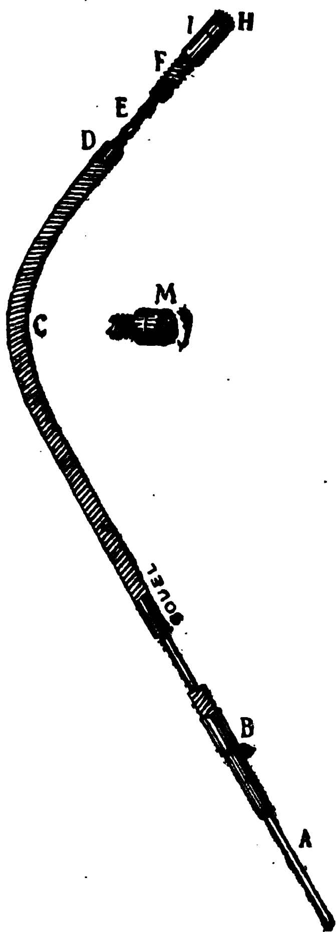


Fig. 1

Cet appareil construit avec beaucoup de précision est parfaitement stérilisable. Après chaque opération il est indispensable de le démonter entièrement, de le nettoyer et de le graisser avec de l'huile de pétrole afin d'assurer son bon fonctionnement et sa parfaite conservation.

La technique opératoire est des plus simples. On anesthésie le larynx à la cocaïne, comme s'il s'agissait d'opérer un polype du larynx. La courbure de l'instrument est combinée de telle manière que son extrémité taillée en râpe vient s'appliquer exactement sur la face supérieure de la corde vocale.

L'instrument une fois introduit dans le larynx, on imprime à la fraise des mouvements de rotation en la promenant en même temps le long de la corde vocale ou bien seulement sur les points malades, si la pachydermie est localisée. Il ne faut pas craindre d'appuyer avec une certaine force sur la corde vocale. On peut aussi se servir de l'instrument à la façon d'une lime en agissant d'avant en arrière sur la muqueuse épaissie. Ces diverses manœuvres ont pour but de déchirer en tous sens les points hypertrophiés. Après l'opération la corde paraît couverte de sang, c'est la preuve que la fraise a convenablement rempli son rôle.

Dans les jours qui suivent le râclage, la voix est voilée et presque éteinte, mais en moins de huit jours elle tend à reprendre son timbre habituel. Souvent au bout de trois semaines, l'amélioration est telle que la voix soit parlée, soit chantée, redevient normale. Il n'est pas rare que l'opération doive être répétée deux ou trois fois pour obtenir la guérison complète. Tout dépend de l'étendue plus ou moins grande de la lésion. Dans les cas plus légers, une seule séance peut être suffisante.

Lorsque je traite des cas de pachydermie par le fraisage, je n'institue jamais aucune des médications habituelles, afin de mieux démontrer l'efficacité de ma méthode. De la sorte on ne peut invoquer l'influence d'aucun autre facteur pour expliquer la disparition de la lésion.

Ce procédé convient particulièrement aux formes d'infiltration généralisée ou aux formes localisées en îlots avec tendance à former çà et là de petites saillies ou nodules. La corde malade, dans ces différents cas, est rouge et épaissie dans la plus grande partie de sa longueur (fig. 2). Il existe aussi, mais plus rarement des formes bilatérales. Quelques semaines après l'intervention, les fonctions physiologiques sont normales et la corde vocale reprend sa teinte blanche ordinaire.

M. Bourbon, dans sa thèse, a reproduit ma statistique comprenant 92 cas de pachydermie. Sur ce nombre, 18 seulement ont été traités par ma méthode, car il est de nombreux cas qui ne peuvent bénéficier du fraisage. Ce sont, par exemple, les cas assez fréquents de *Pachydermie* de Virchow. Ici la

lésion siège à la partie postérieure des cordes ; elle consiste en bourgeons symétriques à emboitement réciproque (fig. 3) sur lesquels la fraise est inapplicable. En outre, un grand nombre de malades se soucient fort peu de l'intervention. Ce ne sont point des professionnels de la voix parlée ou chantée. Il leur importe peu de posséder une voix claire et limpide pour crier les journaux ou les primeurs sur la voie publique. Il leur suffit de savoir que leur maladie n'offre aucune gravité au point de vue de leur santé générale.

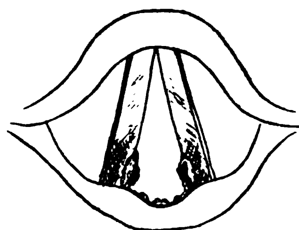


Fig. 2

Tels sont les motifs qui ont limité l'intervention à un cinquième seulement des malades observés.

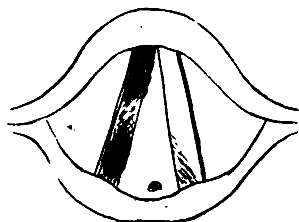


Fig. 3

Depuis la publication de la thèse de M. Bourbon, j'ai traité deux nouveaux malades. De la plus récente je ne parlerai pas, car elle est encore en traitement. Elle n'a subi qu'une seule séance, elle est déjà améliorée, mais une ou deux séances seront encore nécessaires. L'autre malade qui a motivé la publication de cette note est un exemple remar-

quable de ce que peut donner le fraisage, même en une seule séance.

Il s'agit d'une jeune femme, institutrice dans une petite localité du département du Rhône. Cette malade enseigne depuis cinq ans. Depuis un an, la voix est rauque et le chant est absolument impossible. Quand la malade parle, elle éprouve une fatigue considérable, elle est obligée de faire de grands efforts pour émettre le moindre son. Chaque soir, après sa classe, l'aphonie est presque complète. A l'examen du larynx, je constate une rougeur nette de la corde vocale droite avec épaississement saillant plus accusé de la muqueuse au tiers antérieur.

Je vois cette malade pour la première fois le 14 mars 1907, et je lui propose le fraisage de la corde vocale droite. Elle redoute l'intervention et préfère un traitement médical. Je lui conseille l'emploi d'eau sulfureuse en boisson et pulvérisation et je prescris quelques préparations balsamiques. Elle suit ce traitement pendant plus de deux mois sans obtenir un résultat quelconque. Et cependant, pendant toute la durée du traitement, elle a cessé sa classe et son larynx a été au repos complet.

Au mois de juin, la malade ne ressentant aucune amélioration vient réclamer le râclage de la corde. La lésion n'a pas changé, la corde est toujours rouge et épaissie. Je pratique le fraisage de toute la corde vocale droite le 1er juin. Immédiatement après la voix est très voilée, presque aphone. L'aphonie dure huit jours puis elle disparait rapidement. Peu de jours après la malade peut déjà chanter, elle n'avait pu le faire depuis un an. Elle revient le 2 juillet, enchantée du résultat. A l'examen, je ne trouve plus de différence entre les deux cordes, c'est dire que toute trace de pachydermie a disparu.

Une semblable observation est une preuve suffisante de la grande valeur du fraisage pour le traitement de la pachydermie laryngée. Cette méthode relègue au second plan tout ce qui a été médicalement tenté pour la guérison de ce genre de lésion. Topiques locaux, inhalations, pulvérisations, eaux sulfureuses, etc., deviennent sans valeur. Je ne nie pas que l'on ait pu obtenir des succès par le traitement médical, mais

les résultats ne s'en font sentir qu'au bout de plusieurs années de traitement. Pendant tout ce temps la profession du patient est fortement compromise, il court les stations d'Eaux thermales et dépense beaucoup d'argent, s'il le peut toutefois, pour un bien maigre résultat. Et cependant, comme le démontre ma statistique, les malades sont pour la plupart des professionnels, professeurs ou chanteurs, qui vivent exclusivement de leurs cordes vocales. On comprend toute l'importance qu'il y a pour eux d'abréger le plus possible la durée du traitement. Il était donc urgent de trouver une méthode qui, à l'instar des méthodes chirurgicales, puisse procurer la guérison aussitôt après l'intervention. C'est précisément ce que l'on obtient quand on a recours au fraisage.

Je n'ai qu'à citer à l'appui les observations mentionnées dans la thèse de Bourbon et le cas que je cite aujourd'hui. Dans ce dernier, comme on l'a vu, la malade suit d'abord un traitement médical sans succès, elle réclame l'intervention chirurgicale. Une seule séance de fraisage lui rend sa voix complète, parlée et chantée, et lui permet de reprendre sans peine l'exercice de sa profession.

Et cela s'obtient en quelques jours, en dehors de tout traitement médical concomitant.

Tous les cas cependant ne guérissent pas avec la même rapidité. Les lésions peuvent être plus étendues, elles peuvent siéger sur les deux cordes. Le processus pachydermique est aussi parfois plus dense, plus épais, plus bosselé. Il faut alors faire plusieurs séances de fraisage, afin d'attaquer la lésion sur toute son étendue, et dans toute sa profondeur. Malgré cela, le succès n'en est pas moins certain.

Inutile d'insister davantage sur l'importance capitale du fraisage. Je crois en avoir montré surabondamment la valeur. C'est un procédé sûr et précis auquel on doit avoir recours toutes les fois qu'une lésion si tenace vient enlever à des professionnels leur unique moyen d'existence. L'application en est facile pour tous ceux qui ont l'habitude des interventions endolaryngées. En outre l'opération n'interrompt pour ainsi dire pas les fonctions vocales, puisque dix ou douze jours de repos seulement sont nécessaires après chaque séance.

II

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'OTITE ADHÉSIVE. LA THIOSINAMINE (1)

Par **M. LERMOYEZ** et **G. MAHU**

Classification des diverses surdités. Diagnostic différentiel

Si nous laissons de côté les *sourds provisoires* chez lesquels un bouchon de cérumen encombre le conduit auditif ou bien un catarrhe tubo-tympanique aigu entrave momentanément le fonctionnement régulier des éléments de l'oreille moyenne, et que l'auriste peut soulager plus ou moins facilement, il reste une légion d'autres sourds — et combien plus nombreux — de *sourds définitifs*, en faveur desquels toute thérapeutique demeure le plus souvent impuissante.

Les premiers sont des *malades*, les seconds sont des *infirmes*.

Bien que ces derniers aient tous un air de commune parenté, puisqu'ils présentent, en général, les mêmes symptômes subjectifs, il importe d'établir entre eux une classification ; car — point capital sous le rapport du pronostic — ils ne sont infirmes, ni de même orgine, ni au même degré.

Ils appartiennent à trois familles différentes qui, bien que s'alliant parfois entre elles, gardent cependant encore chacune leur physionomie propre : *a*) la famille des labyrinthiques ; *b*) la famille des oto-scléreux ; *c*) la famille des oto-adhésifs.

(1) Communication à la Société française d'otol. de laryng. et de rhinol. (mai 1907).

A) Les *labyrinthiques* sont peut-être les plus nombreux : adultes artério-scléreux pour la plupart (Escat). Ce sont des sourds hématogènes, des hypertendus dont les premières défaillances de circulation de l'oreille interne restent longtemps méconnues. Ils font d'abord dans le labyrinthe ce qu'ils ont l'habitude de faire au cœur : des crises de claudication intermittente. Pareil à un accès d'angine de poitrine, un coup brusque d'ischémie labyrinthique les effondre dans un vertige subit et violent. Toujours l'estomac est mis en cause ; toujours il est seul traité. Ces accès précurseurs se répètent espacés. Puis à la longue, la sclérose artérielle s'installe à demeure dans les organes ; et, fixée dans le labyrinthe, elle y établit la surdité irrémédiable.

Les sourds de la famille labyrinthique sont à peine justiciables de l'otologie : le traitement local ne peut rien pour eux. Comme leur cœur insuffisant ou leur rein imperméable, leur oreille meiopragique demande surtout le repos, que ne peuvent lui donner cathétérismes et massages. Une telle surdité relève du traitement général de l'artério sclérose ; et encore, cette médication, par les iodures, le sérum de Trunecek, la d'Arsonvalisation, seule logique, lui apporte-t-elle bien peu d'amélioration.

B) Les *oto-scléreux* reçoivent de leurs ascendants, généralement sourds, une affection congénitale que, faute de mieux, on nomme l' « oto-sclérose ». Une surdité sournoise apparaît à la puberté, progresse à chaque grossesse et se complète vers l'âge mûr. A l'inverse de la famille labyrinthique dont les membres sont âgés, celle-ci se compose surtout de malades juvéniles, de jeunes femmes principalement. A l'examen objectif, l'oreille se montre normale. Il n'y a souvent pas de plus intacts tympans ou de trompes plus libres qu'on puisse montrer aux élèves. La lésion est profonde : elle siège aux confins du labyrinthe et de l'oreille moyenne. Elle est constituée par une ostéite de la capsule osseuse du labyrinthe (Politzer) poussant à l'intérieur de celui-ci des hyperostoses qui obstruent les fenêtres et étouffent les terminaisons du nerf acoustique.

Nulle action thérapeutique n'influence l'évolution de cette maladie. Ni le traitement général : car le phosphore, médica-

ment électif du tissu osseux, théoriquement proposé par Siebenmann, n'a point tenu ses promesses. Ni le traitement local : et que vraiment pourrait faire un cathétérisme de la trompe contre une ostéite du labyrinthe? — Il nous semble même que le seul effet du traitement local énergique soit d'aggraver la maladie, en faisant apparaître les bourdonnements avant leur heure. Les oto-scléreux sont des *noli me tangere*.

C) Les *oto-adhésifs* résistent moins au traitement. L'otite adhésive est d'ordre local, rhinogène. L'infection monte du nez et du naso-pharynx par les trompes et attaque l'oreille moyenne seule, soit brusquement, sous forme d'une otite aiguë suppurée, soit insidieusement par des catarrhes récidivants.

La forme la plus commune de l'otite adhésive est celle succédant à l'otorrhée tarie. Le tympan est détruit en totalité ou en partie ; les osselets sont plus ou moins soudés aux différents points de la caisse et de l'attique par des brides cicatricielles.

Une deuxième forme est celle qui survient à la suite des catarrhes tubo-tympaniques à répétition ; ces catarrhes provoquent une otite hyperplasique progressive qui soude les osselets, déforme le tympan et l'accole parfois si intimement au fond de caisse qu'il en moule et laisse transparaître distinctement tous les reliefs.

Enfin un troisième type, moins répandu, est caractérisé par des lésions cicatricielles, suite d'accidents extérieurs (traumatismes, infections exogènes telles qu'otites externes, érysipèles... etc.).

Donc, trois formes d'otite adhésive :

otorrhéique ;
catarrhale ;
accidentelle ;

qui ont toutes trois les mêmes effets, à savoir : *transformation de la membrane tympanique en un tissu fibreux et immobilisation partielle ou totale de la chaîne des osselets.*

L'examen objectif de telles oreilles montre de grosses lésions de la caisse, il est vrai : mais pendant de nombreuses années,

le labyrinthe demeure intact. Il y a eu seulement interposition d'un écran interceptant en partie l'arrivée des ondes sonores sur la rétine auditive demeurée saine ; et c'est là le point capital qui distingue les oto-adhésifs des deux types de sourds précédents ; ceux-ci sont comparables aux *aveugles* et ceux-là ressemblent aux *cataractés.*

Dans l'otite adhésive, le traitement local reprend donc tous ses droits ; et même ce sont là les seuls sourds qui, à parler franchement, soient du ressort de la cure otiatrique. Sans remords de conscience nous pourrons donc les manipuler indéfiniment, mais à une condition toutefois, c'est qu'il n'y ait pas erreur de personne ; c'est-à-dire qu'un diagnostic différentiel sérieux ait été préalablement posé.

Ce diagnostic est habituellement facile, surtout quand il s'agit des formes otorrhéiques ou accidentelles, les lésions objectives étant parfaitement visibles.

Il n'en est pas toujours de même des formes catarrhales dans lesquelles la membrane tympanique ne présente pas de solution de continuité.

De plus, il n'est pas impossible qu'une otite adhésive survienne chez un labyrinthique ou chez un scléreux et qu'on ait ainsi affaire à une forme mixte plus difficile à dépister.

Pour lever le doute, il est indispensable de faire les épreuves acoumétriques avec le plus grand soin afin de s'assurer que le labyrinthe est sinon intact du moins *utile.* D'une manière générale, *le Rinne devra donc être négatif.*

Il sera intéressant, de plus, de s'assurer, par l'épreuve de Gellé, de l'état de mobilité de l'étrier.

Enfin, en vue d'éviter toute cause d'erreur dans l'interprétation des résultats du traitement, il importera d'examiner de près le système nerveux, pour acquérir la certitude qu'on ne se trouve pas en présence de sujets trop facilement suggestionnables et susceptibles d'être améliorés momentanément par n'importe quelle thérapeutique agissant plutôt sur leur imagination que sur les lésions auditives traitées.

En résumé donc, trois types de sourds : le labyrinthique pour le médecin ; l'oto-adhésif pour l'auriste ; l'oto-scléreux que nul ne réclame.

Cette trichotomie de la surdité peut s'exprimer clairement dans le tableau suivant :

Type de la surdité	Cause	Objectivité	Subjectivité	Traitement
Labyrinthique	Hémato-gène	Lésions non apparentes	Audition aérienne > audition osseuse (Rinne +)	Général
Oto-scléreuse	Héréditaire	Lésions non apparentes	Audition aérienne < audition osseuse (Rinne —)	(?)
Oto-adhésive	Rhinogène	Lésions très apparentes	Audition aérienne < audition osseuse (Rinne —)	Local

On reprochera sans nul doute à cette classification d'être schématique et artificielle.

Schématique, certes. — Et elle doit l'être pour pouvoir nous guider dans le chaos nosologique où fourmillent toutes les surdités non suppurantes entassées encore tout récemment dans la *classe-débarras* étiquetée otite sèche.

Artificielle, non. — Les surdités labyrinthique, oto-scléreuse et oto-adhésive forment trois types nets. Qu'il y ait des cas mixtes qui transitionnent, nous n'y contredisons pas ; mais il serait désavantageux d'en tenir compte à l'heure actuelle. Dans les jeunes sciences naturelles, dont est l'otologie, une classification durable ne peut s'établir que sur les bases fermes des cas typiques. Ainsi fit Linné, il y a deux siècles. Sa solide classification botanique n'aurait pas résisté au temps si elle se fût embarrassée des formes hybrides.

Traitement de l'otite adhésive

Tous les traitements employés dans l'otite adhésive — et ils sont nombreux — ont le même but : rompre ou relâcher les adhérences qui immobilisent la chaîne des osselets et la membrane tympanique.

On emploie, pour arriver à ce résultat, ou plutôt pour s'en approcher, différents moyens, appliqués ensemble ou séparément :

1° *La suppression chirurgicale des adhérences :* synéchotomie, plicotomie, ténotomie du tenseur du tympan, mobilisation ou extraction de l'étrier ;

2° *La mobilisation mécanique des divers éléments :* cathétérismes, massages, instillations liquides *per tubam* sous pression (huile de vaseline stérilisée, etc.) ;

3° *Le ramollissement du tissu de cicatrice :* instillations par la trompe ou par le conduit, suivant les cas, de liquides caustiques ou résolutifs tels que solutions de potasse ou de soude à 1/400, solution iodo-iodurée à 1/50, de chlorure de zinc à 1/50..., etc.

Chacun de ces trois procédés offre des avantages et des inconvénients : mais, c'est incontestablement le dernier auquel les auristes paraissaient avoir renoncé en plus grand nombre au cours de ces dernières années, depuis que notre spécialité est entrée plus avant dans la voie chirurgicale.

Comme on le sait, la méthode consiste à laisser en contact ces diverses solutions ou bien des substances gazeuses, avec les tissus de cicatrice, un temps suffisant pour les pénétrer et les ramollir.

Ce ramollissement passager des brides permet leur relâchement qui peut être accentué, au besoin, par des manœuvres d'aspiration ou de refoulement au moyen de massages par le conduit ou de cathétérismes de la trompe.

Malheureusement, les améliorations obtenues par ce procédé, bien que parfois encourageantes, eurent toutes le défaut d'être

éphémères ; et nous avions personnellement à peu près renoncé à l'employer lorsqu'en 1900 notre attention fut de nouveau attirée sur lui à la suite de la publication d'un travail de Teleky (de Vienne) relatant la guérison d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage par ramollissement au moyen d'injections hypodermiques d'une solution alcoolique de *thiosinamine* à 15 °/₀. Le malade avait été traité par le Prof. von Hebra qui, dès 1892, avait employé ce produit sous la même forme pour la guérison de cicatrices, suites de lupus, et mis en relief l'action élective de la thiosinamine sur les tissus cicatriciels.

En 1902, espérant obtenir des résultats aussi heureux pour le ramollissement des cicatrices consécutives à l'otorrhée et atténuer ainsi la surdité et les bourdonnements qui en résultent, nous essayâmes ce même traitement.

Sans sélectionner les malades, comme nous le faisons avec soin aujourd'hui, nous fîmes porter cet essai non seulement sur des oto-adhésifs mais aussi sur un certain nombre d'oto-scléreux.

Chacun de ces sourds reçut au bras une série de vingt injections de un demi à 1 centimètre cube de solution alcoolique de thiosinamine à 15 °/₀. Chez la moitié de ces malades, nous fîmes suivre immédiatement l'injection de traitements locaux. L'autre moitié fut laissée sous la seule influence de la thiosinamine.

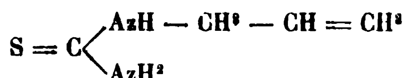
Les résultats furent nuls. Et nos essais en restèrent là momentanément.

Mais nous suivîmes avec intérêt les travaux, assez nombreux, qui parurent sur la question — travaux que nous analysons succinctement ci-après — et, au commencement de 1906, nous reprîmes, à notre tour, le traitement de l'otite adhésive par la thiosinamine, non plus cette fois en injections hypodermiques mais en *bains locaux* dans la caisse ou en injections *par la trompe* suivis d'aspirations par le conduit à l'aide du masseur de Delstanche.

* *
*

La Thiosinamine

Chimie. — La thiosinamine est une allyl-sulfocarbamide ou allylthiourée.



$$S = C\begin{cases} AzH - CH^2 - CH = CH^2 \\ AzH^2 \end{cases}$$

Elle se prépare en faisant agir l'ammoniaque sur l'essence de moutarde. On chauffe à 40° 2 parties de sulfure d'allyle, 1 partie d'alcool absolu et 7 parties de sel ammoniac marquant 0,960 au densimètre. Après concentration du mélange au bain-marie, il se dépose par refroidissement des cristaux de thiosinamine.

Ces cristaux prismatiques blancs, brillants, inodores, de saveur amère, non toxiques, fusibles vers 70°, sont très peu solubles dans l'eau froide, plus solubles dans l'eau bouillante. Ils sont facilement solubles dans l'alcool et dans l'éther et les solutions ainsi obtenues ont une consistance sirupeuse.

Cette presque insolubilité dans l'eau a longtemps entravé son emploi thérapeutique. On ne pouvait utiliser au début que des solutions alcooliques de thiosinamine, inefficaces en ingestions buccales, très douloureuses en injections hypodermiques.

Unna fit préparer des savons et des emplâtres à la thiosinamine.

Juliusberg employa ce corps dissous dans un mélange d'eau et de glycérine. Cette préparation était moins douloureuse que la solution alcoolique pour les injections hypodermiques, mais elle présentait l'inconvénient de laisser précipiter le sel au fur et à mesure de son refroidissement. Il était nécessaire, par suite, de chauffer les ampoules de cette préparation au moment de leur emploi ; or, on reconnaît que la thiosinamine s'altère à la chaleur (Mendel), ce qui se traduit par une odeur d'ail caractéristique et une moindre activité de la solution (Lewandowsky).

En 1905, F. Mendel réussit à solubiliser dans l'eau la thiosinamine par l'adjonction d'un autre corps, formant avec elle un sel soluble. Ainsi fut établie la *fibrolysine*. De même, on accroît la solubilité de la caféine à l'aide du benzoate ou du salicylate de soude.

La fibrolysine, préparée par Merck, contient une molécule de thiosinamine pour une demi-molécule de salicylate de soude, elle se dissout aisément dans l'eau dans la proportion de 15/100.

La solution de fibrolysine allemande a l'inconvénient de se décomposer rapidement à l'air ou à la lumière ; sortie des ampoules stérilisées de verre jaune qui la renferment, elle prend l'odeur alliacée, signe d'altération. En outre, elle cristallise avec une telle rapidité qu'elle obstrue souvent les aiguilles qui servent à l'injecter.

Michel (de Paris) a perfectionné la solution de thiosinamine. Il a étudié sa solubilité dans l'eau en composition avec différents corps et, en particulier, avec le chloral, les phénols, les sels d'acides aromatiques, les sels d'oxyphénols solubles dans l'eau et l'antipyrine. Le phénol ordinaire, la résorcine, le pyrogallol et même le tanin augmentent le degré de solubilité de la thiosinamine dans l'eau. Il en est de même du benzoate de soude qui donne avec la thiosinamine un composé soluble, mais moins pourtant que le salicylate de soude.

Plusieurs de ces composés doivent être écartés de la thérapeutique, soit à cause de leur toxicité, soit à cause de leur action irritante. Le produit le plus intéressant à ce point de vue est l'antipyrine.

Un mélange d'une molécule de thiosinamine avec une demi molécule d'antipyrine donne un produit liquide et fortement sirupeux à la température ordinaire.

Incolore, inodore, ce mélange est très soluble dans l'eau, plus soluble que ne l'est le sel double de thiosinamine et de salicylate de soude (fibrolysine de Merck). Il est dissocié par l'addition d'une très petite quantité d'eau ; mais l'adjonction de trois parties d'eau en opère la dissolution. Il est donc facile d'obtenir des solutions aqueuses à 15 °/₀, et même plus concentrées.

Les solutions aqueuses à 15 °/₀, de Michel, paraissent se

conserver très longtemps à l'air et à la lumière blanche. Elles ne produisent que rarement des dépôts. C'est à l'odeur alliacée qu'on s'apercevra qu'elles perdent de leurs propriétés thérapeutiques.

Action sur les tissus

1° *Action locale.* — *Ramollir les cicatrices* est la propriété spécifique de la thiosinamine. Cette curieuse action peut s'exercer à distance. Des injections hypodermiques lèvent des vieux rétrécissements de l'urètre (Hanc) ou dilatent le canal œsophagien rétréci par des adhérences cicatricielles (Hebra, Téléky).

L'action élective de la thiosinamine sur le tissu cicatriciel a été bien expliqué par Glas. Ce corps œdématie les cicatrices. Ainsi, dans un cas de sténose fibreuse du larynx de nature syphilitique depuis longtemps bien toléré, quatre injections de thiosinamine provoquèrent un tel gonflement du tissu scléreux qu'il fallut faire d'urgence la trachéotomie.

Histologiquement, les cicatrices thiosinamisées perdent leur aspect habituel. Leurs limites deviennent floues et il n'est plus possible de les distinguer du tissu conjonctif environnant. Les noyaux paraissent écartés. Les fibres sont boursouflées et dissociées.

L'action de la thiosinamine en injection hypodermique est comparable à celle de la stase veineuse dans la méthode de Bier. Il y a œdème interstitiel et ramollissement. Cette action « lymphagogue » ne se produit pas dans les tissus sains, si l'on ne dépasse pas les doses thérapeutiques. A doses toxiques, la thiosinamine produit, chez les grenouilles, un anasarque persistant (Lange).

En outre, d'après Doliker, la thiosinamine provoquerait, déjà quatre heures après son administration, une leucocytose très marquée ; et, sollicités par une sorte de chimiotaxie positive, les leucocytes en excès, appelés vers les cicatrices, y affluent et s'y comportent en phagocytes (Sugar) vis-à-vis du tissu conjonctif.

En applications locales, nous pensons comme Basz, que la thiosinamine agit de même comme lymphagogue, chimiotaxique et hyperhémiant local.

L'absorption sera moins profonde que dans l'injection hypodermique et sera faite seulement à la surface du tissu cicatriciel, du moins au début. Peu à peu cette absorption deviendra plus intense et plus profonde, surtout si comme dans l'otite adhésive on complète le traitement par des manœuvres d'aspiration qui rempliront le double rôle d'hyperhémier le tissu et de le relâcher en dissociant les fibres de ce tissu.

Il est facile d'observer à l'œil nu l'apparition d'une hyperhémie notable suivant immédiatement un bain de thiosinamine. Au début du traitement, on n'observe qu'une légère vascularisation formée par un réseau à mailles larges de fils ténus. Plus tard, au contraire, c'est la surface tout entière qui est congestionné, et, le fond de caisse, ainsi que la partie adjacente de la peau du conduit, sont rouges uniformément.

Pour apprécier à leur juste valeur ces effets locaux, il faut distinguer suivant que l'on emploie la solution à 15 °/₀ alcoolique ou aqueuse.

Avec la solution alcoolique que nous avons employée au début, les phénomènes d'hyperhémie étaient extrêmement marqués. Dans plusieurs cas même, nous eûmes à déplorer le retour de l'otorrhée. Nous avons même noté, dans deux cas, de l'otorrhagie. C'est qu'à l'action de la thiosinamine venait se joindre celle non moins irritante de l'alcool.

Nous avons observé à diverses reprises des poussées d'eczéma du conduit auditif et du pavillon de l'oreille au cours du traitement par les bains quotidiens, même en utilisant la solution aqueuse. La cessation du traitement pendant quelques jours amène la disparition rapide de l'eczéma.

La thiosinamine ramollit le tissu cicatriciel, mais *elle ne le détruit pas*.

Son effet est rapide, mais il est, par contre, essentiellement passager. Le bénéfice acquis disparaît peu de temps après la cessation du traitement, surtout lorsqu'il s'agit d'applications locales.

La thiosinamine n'est donc qu'un *adjuvant du traitement*

mécanique qui doit toujours intervenir à sa suite, pour distendre définitivement le tissu des cicatrices devenu extensible sous son influence (Téléky). Ce n'est qu'en associant ces deux éléments thérapeutiques qu'on obtiendra une guérison durable.

Les améliorations les plus rapides et les plus durables que nous ayons obtenues ont été celles où un masseur de Delstanche ayant été confié au malade lui-même, suffisamment intelligent ou à un médecin de son entourage, chaque bain était immédiatement suivi des manœuvres locales.

Fraenkel cite un exemple frappant à l'appui de cette affirmation. En 1900, une de ses malades atteinte de rétrécissement fibreux de l'œsophage est cathétérisée sans résultat. Von Hebra lui fait ensuite, en douze jours, dix injections hypodermiques de thiosinamine ; pas de résultat non plus. On recommence alors les cathétérismes qui, très rapidement, permettent à la malade de reprendre son alimentation ordinaire. Deux ans après, la guérison s'était maintenue. L'œsophagoscopie montrait à la place de la cicatrice une muqueuse souple et rougeâtre.

La thiosinamine n'agit donc que comme une SENSIBILISATRICE du tissu cicatriciel, qui l'oblige à céder aux influences mécaniques, auxquelles il aurait résisté sans elle.

2° *Action générale.* — La thiosinamine est un agent inoffensif. Elle n'est pas toxique, même à fortes doses. Von Horn a fait pendant quinze mois, à deux femmes, deux ou trois fois par semaine, des injections hypodermiques de 1 centimètre cube d'une solution alcoolique à 15 %. Cette dose formidable n'amena à la longue qu'un peu d'inappétence et de fatigue, lesquelles disparurent rapidement après la cessation du traitement.

De même qu'Urbantschitsch, nous avons pratiqué, sans aucun inconvénient, 20-30 injections hypodermiques de deux en deux jours, chez un assez grand nombre de malades.

A l'encontre des injections de la solution alcoolique de thiosinamine, qui étaient si douloureuses que la plupart des malades se refusaient à suivre le traitement, l'injection de la solution aqueuse produit seulement une légère sensation de

cuisson qui cesse au bout de cinq minutes. La peau montre ensuite une tache bleue et jaune qui demande quelques semaines pour disparaître. Parfois, sur le lieu de la piqûre, on voit apparaître, vers le dixième jour, de petits nodules tout à fait indolores, mais dont la résorption ne se fait qu'au bout de plusieurs mois. Ces nodules sont dus à la cristallisation rapide d'une partie du liquide injecté : cristaux qui se comportent en corps étrangers aseptiques. Toutefois, il ne faut pas manquer d'employer des solutions stérilisées, car la thiosinamine n'a aucune propriété bactéricide.

L'action de la thiosinamine sur l'état général est très anodine. Légère céphalée et fatigue passagère s'observent assez souvent ; elles disparaissent peu d'heures après l'injection.

Par contre, certains malades en éprouvent une augmentation de l'appétit.

Chez certains autres, elle excite la diurèse (Hébra).

Il ne faut pas faire d'injections de thiosinamine :

1° Aux anciens opérés porteurs de cicatrices cutanées importantes (celles-ci peuvent se rouvrir à la suite du traitement) ;

2° Aux tuberculeux, car Hébra a vu, sous son influence ,de vieilles caries se réchauffer et des tuberculeux apyrétiques devenir fébriles ;

3° Quand il y a soupçon de tumeurs malignes, attendu que l'ouverture des voies lymphatiques expose aux métastases.

Ces contre-indications, faciles à établir par un examen d'ensemble du malade, ne doivent pas nous détourner de l'emploi de la thiosinamine. Sont seules inoffensives les médications anodines. Et rien ne prouve mieux l'action puissante fibrolysique de la thiosinamine que les accidents que provoque son administration imprudente.

Historique [1]

Von Hebra [2] introduisit la thiosinamine dans la théra-

[1] Pour l'Historique de la question voir la *Thèse* d'Hobbac, Paris, 1907.

[2] Hebra. — *Monats. f. prakt. Derm.* (Hamb., 1892).

peutique. Ses premières recherches furent communiquées au Congrès de Dermatologie de Vienne, en 1892. Il employait ce corps dans le but de ramollir les cicatrices consécutives au lupus, sous forme d'injections hypodermiques d'une solution alcoolique à 15 °/₀.

Les conclusions de Von Hebra furent les suivantes :

La thiosinamine ramollit les cicatrices. Elle ramollit et réduit le volume des ganglions de voisinage chroniquement engorgés.

A la suite d'expériences sur les animaux, il reconnaît l'innocuité de ce produit.

En 1893, Latsko, dans une communication à la Société império-royale des médecins de Vienne, confirma les résultats obtenus par Von Hebra.

La même année, Hanc [1] appliqua heureusement la thiosinamine au traitement des rétrécissements de l'urètre.

Richter [2] échoua au contraire dans des cas semblables ; mais il avait eu le tort d'employer la thiosinamine seule sans y adjoindre le traitement mécanique.

En 1894, Keitel, Van Hoorn [3], Sendziak employèrent les injections hypodermiques de thiosinamine, ce dernier, dans le traitement de la tuberculose du larynx et du poumon. Van Hoorn, tout en confirmant les résultats obtenus par Von Hebra dans les cicatrices lupiques et en affirmant comme lui l'innocuité de la thiosinamine sur l'état général, même dans un emploi prolongé, note des réactions locales plus intenses, en particulier l'apparition de rhagades succédant à de la rougeur et de la tuméfaction et sécrétant parfois un liquide séreux. Van Hoorn remarqua de plus que la solution à 15 °/₀ retarde le développement d'une culture, mais sans tuer pour cela les bactéries, même après un contact de 24 heures.

En Amérique, Sinclair Tousey [4], en 1896, étudia l'action de

(1) Hanc. — *Wiener medizinische Presse*, n° 8, 1903.

(2) Richter. — Ueber die Wirkungen der Injektionem von Thiosinamin auf das Blut (*Wien. med. Wochenschr.*, 1893).

(3) Van Hoorn. — Klinische und bacteriologische Erfahrungen mit Thiosinamin (*Monatsbl. f. prakt. Dermat.*, Hamb. 1894).

(4) S. Tousey. — Treatment for inoperable tumors and cicatricial contractures (New-York, *medical Journal*, 1896).

la thiosinamine sur certains néoplasmes et obtint des résultats satisfaisants dans 3 cas de chéloïdes, 2 de carcinomes et 2 de lupus.

Assez rapidement les indications de la thiosinamine s'étendirent. Unna (1), en 1897, employa ce produit en savons et en emplâtres. Il échoua ainsi dans le traitement du lupus, mais réussit dans celui des chéloïdes. Latzko (2) et Kalinczuth (3) l'utilisèrent dans les pelvi-péritonites.

Enfin Téléky (4) en 1901, régla mieux la technique du traitement et obtint de beaux succès en l'appliquant méthodiquement aux sténoses fibreuses de l'œsophage. C'est lui qui établit nettement que l'action du médicament ne s'étendait pas seulement à une cicatrice, mais à toutes les cicatrices du sujet. Après deux succès, il eut un accident probant dans ce sens : Un enfant, atteint de sténose fibreuse de l'œsophage, avait dû subir la gastrostomie. Toute tentative de dilatation de l'œsophage ayant échoué après l'opération, on essaya des injections de thiosinamine ; mais on observa bientôt une incontinence de la fistule stomacale et le malade mourut des suites de l'accident.

C'est à la suite des résultats heureux publiés par Téléky, que se placent, en 1902, nos essais sans résultats de traitement d'oto-scléreux et d'oto-adhésifs par des injections hypodermiques d'une solution alcoolique de thiosinamine à 15 %. Nous ignorions d'ailleurs, qu'en 1897, S. Tousey avait ainsi amélioré un cas de surdité ancienne.

Vers la même époque, William Robinson (5) et J.-C. Bech (6) furent plus heureux que nous. Le premier traita avec succès quelques cas d'opacité de la cornée et signala que quelques

(1) UNNA. — *Monatschr. für prakt. Dermatol.*, 1899.

(2) LATZKO. — *Wiener klin. Wochenschr.*, 1893.

(3) KALINCZUTH. — *Prag. med. Wochenschr.*, 1893.

(4) TÉLÉKY. — *Zentralblatt f. d. Grensgebrete d. med. u. chim.*, 1901 ; TÉLÉKY. — Beiträge fur mechanischen und medicamentäsen (Thiosinamin) Behandlungder narbigen Speiser ohren verengerungen (*Wiener klinisch. Wochensch.*, 1902) ; TÉLÉKY. — Die Laugen veräkungen der Speiser öhre (*Zeitschr. für Heilkunde*, 1904).

(5) William ROBINSON. — Thiosinamine. Its pharmacologic and therapeutic uses (*Merk's arch.*, New-York, 1901).

(6) J. BECH. — Thiosinamin bei Ohrak (*Laryngoscope*, juin 1902).

auteurs avaient obtenu des résultats dans le traitement de la surdité consécutive à une otite moyenne ayant laissé à sa suite après cicatrisation de l'ankylose des osselets et des adhérences. Bech appliqua exclusivement pendant plusieurs mois les injections de thiosinamine au traitement de 5 cas d'otite moyenne catarrhale chronique, complétant ce traitement par le massage du tympan, le bougirage et l'électrolyse de la trompe d'Eustache. Il parvint ainsi à dominer la surdité et les bourdonnements.

Glas [1], en 1903, publie un intéressant travail, dans lequel il relate les améliorations apportées dans 5 cas de rhinosclérome et 1 cas de cicatrices consécutives à de la syphilis tertiaire grave et publie les résultats de l'examen histologique d'un fragment de tissu de rhinosclérome traité par les injections de la solution de thiosinamine.

Irsaï [2], en 1904, dans un travail rapportant les observations de 9 cas de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, confirme les résultats déjà trouvés, à savoir que la thiosinamine ne suffit pas à elle seule, pour vaincre le rétrécissement, mais qu'il faut joindre à ce traitement la dilatation mécanique.

D'autres auteurs employèrent la thiosinamine dans des affections nombreuses et variées. C'est ainsi que Lengemann [3] l'utilise pour vaincre une rétraction de l'aponévrose palmaire, Hartz [4], dans 1 cas de sténose du pylore, Roos [5] l'essaya dans les affections valvulaires du cœur, consécutives à l'endocardite.

C'est Sugar [6] qui, en 1905, mit au point la question en relatant les travaux publiés avant lui. Sugar employa la thiosinamine exclusivement dans l'otite adhésive, en éliminant l'oto-sclérose. Concurremment aux injections hypodermiques, il faisait pénétrer dans l'oreille moyenne par voie tubaire, une

(1) Glas. — Ueber Thiosinamin versuche bei Rhinosclerom (*Wiener klinischen Wochens.*, n° 11, 1903).

(2) Irsai. — Société hongroise de Rhino-Laryngologie, 15 décembre 1904.

(3) Lengemann. — *Deutsche med. Wochens.*, 1904.

(4) Hartz. — *Deutsche med. Wochens*, 1904.

(5) Roos. — *Therapie der Gegenwo*, 1903).

(6) Sugar. — Ueber Thiosinamin (*Arch. f. Ohrenh.*, 1904).

solution glycérinée de thiosinamine à 10 %, moins irritante que la solution alcoolique.

Toutefois la question reste encore en suspens. Car tandis que Hirscland (1), C. Kassel (2) confirmenten partie les conclusions précédentes. Tapia (3) les rejette absolument.

Enfin, en 1906, nous reprîmes nos expériences abandonnées depuis 1902. Et, profitant des notions acquises dans cet intervalle, nous eûmes soin :

1° De ne traiter que les otites adhésives pures, cicatricielles, catarrhales ou accidentelles ;

2° D'employer la thiosinamine, non plus en injections hypodermiques, mais localement, en instillations par la trompe ou en bains du conduit ;

3° De lui adjoindre systématiquement les massages du tympan.

Cette fois nous fûmes plus heureux. Huit oto-adhésifs bénéficièrent, à divers titres, du traitement et les résultats obtenus furent publiés, en juillet 1906, à la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris (4). Malheureusement, chez deux malades, la suppuration de l'oreille reparut, provoquée par l'action irritante de l'alcool. Cet inconvénient a disparu depuis que nous nous servons, avec précaution, de la solution aqueuse de Michel.

*
* *

Traitement de l'otite adhésive par la thiosinamine

Technique. — Notre technique du traitement thiosinamique de l'otite adhésive est d'une extrême simplicité et à la portée de tout praticien.

(1) Hirschland. — Ueber die Verwandung des Thiosinamin und fibrolysin in der otol. und rhinol. (*Arch. für Ohrenh.*, Leipz., 1905).

(2) C Kassel. — Thiosinamin in der Behandlung Erkrankungen des ohres (*Zeit. f. ohrenheil.*, 1905).

(3) Tapia. — *Revue hebdom. de Laryng.*, etc. (15 décembre 1906).

(4) Lermoyez et Mahu. — « Contribution au traitement de l'otite adhésive » (1re communication) ; *Bulletin et mémoires* de la société de laryng., d'otol. et de rhin. de Paris, 1906).

1° *Bains locaux.* — Le sourd prend chaque jour, de préférence le soir, avant de se coucher, un *bain d'oreille* d'une durée de dix minutes avec une vingtaine de gouttes de la solution de Michel, tiédie au bain-marie.

Thiosinamine.	15 grammes
Antipyrine	7,50 gr.
Eau distillée	100 grammes

Après le bain, sécher avec soin, à l'ouate hydrophile, la conque et l'entrée du conduit auditif pour éviter l'irritation cutanée.

Trois fois par semaine, le malade va voir son médecin qui lui fait prendre un bain semblable et fait suivre ce bain d'un massage pneumatique du tympan.

Dans certains cas, où il est possible d'autoriser le malade à se faire soi-même les massages, il y a intérêt à faire suivre le bain quotidien d'un massage.

La durée du traitement sera alors abrégée et le fond de caisse surveillé de près.

En général, dès le quinzième jour, l'audition est nettement accrue. Cette amélioration est parfois remarquable dans les états adhésifs cicatriciels, suites d'otorrhées guéries où une large perforation tympanique permet la pénétration du liquide dans la caisse. Elle est évidemment moindre dans l'otite adhésive, consécutive aux vieux catarrhes tubo-tympaniques, où le tympan est non perforé ; néanmoins nous avons observé que, même dans ces cas, la thiosinamine agit ; il semble qu'elle puisse diffuser à travers le tympan pour ramollir les brides situées à l'intérieur de la caisse.

2° *Injections par la trompe.* — En cas d'insuccès — mais dans ces cas seulement — nous procédons aux injections tubaires. Ce procédé de technique plus difficile oblige le patient à une surveillance plus stricte. En revanche, il semble être plus efficace que le simple bain du conduit.

Pour pratiquer l'injection tubaire nous avons fait construire par Collin une sonde d'Itard en métal, dont le pavillon a été supprimé et à la place duquel a été soudé un embout du calibre de l'embout de la seringue de Pravaz. Le pavillon de

la sonde, mobile, est muni d'un embout de même calibre et peut être fixé à la sonde alternativement avec la seringue.

Après avoir reconnu avec la poire de Politzer que la sonde d'Itard est en place comme pour un cathétérisme, enlever le pavillon mobile, mettre à sa place une seringue de Pravaz de 2 centimètres cubes, pleine de la solution de thiosinamine.

Pousser d'abord doucement l'injection pour remplir la sonde ; donner ensuite un petit coup de piston sec pour faire pénétrer le liquide dans la trompe et jusque dans la caisse. Le choc ainsi produit dans la caisse sera nettement perçu par le médecin par l'intermédiaire du tube otoscope.

Les injections tubaires de thiosinamine sont d'ailleurs absolument inutiles : 1° si le tympan est perforé ; 2° si le tympan est tellement collé au fond de la caisse qu'il soit impossible de faire pénétrer la moindre goutte de solution dans la cavité virtuelle de l'oreille moyenne. Dans ce dernier cas, bougirage de la trompe et raréfaction de l'air, dans le conduit, doivent être faits avec persévérance ; et, dès qu'on voit le tympan commencer à se décoller du fond de la caisse en quelques points, on procède aux injections tubaires.

Ce procédé est inoffensif et amène tout au plus une légère injection tympanique et de l'amertume dans la bouche, à condition : 1° qu'on emploie une solution rigoureusement stérilisée ; 2° qu'on n'en injecte que deux ou trois gouttes à la fois.

Dans certains cas rebelles, nous nous sommes bien trouvés de l'emploi combiné des deux traitements : bains du conduit et injections tubaires.

Bien entendu, la cure de thiosinamine, par l'un ou l'autre procédé, ne peut donner de résultat durable que si l'on y joint le traitement mécanique.

La durée du traitement est très variable suivant les cas et suivant les sujets : trois semaines au moins, six semaines au plus sans interruption, quitte à reprendre ensuite, après un repos variable, une ou plusieurs cures de même durée.

Chez certains malades, il se produit une hyperhémie considérable, soit du fond de caisse, soit du tympan et même de la

dermite du conduit et du pavillon, toutes causes qui obligent à cesser le traitement pendant quelque temps.

Chez d'autres dont l'otorrhée n'était pas tarie depuis assez longtemps ou qui avaient continué les bains sans interruption pendant un temps trop long, nous avons constaté un retour de la suppuration.

Une hyperhémie trop violente, accompagnée parfois de démangeaisons ou même de douleurs assez vives au fond de l'oreille, doit donc attirer l'attention du médecin qui fera cesser le traitement le cas échéant.

Indications. — Actuellement les indications de ce traitement paraissent nettes mais encore très restreintes.

Tout d'abord les malades devront être traités en dehors de toute poussée aiguë.

De plus, est seule justiciable de la cure de thiosinamine la surdité due à l'otite adhésive, que celle-ci soit consécutive à une suppuration tarie ou à un catarrhe non suppuré.

Labyrinthiques et oto-scléreux en doivent être systématiquement exclus.

Et parmi les oto-adhésifs, tous n'ont pas droit indistinctement à la thiosinamine. Il faut encore, dans ce groupe soigneusement sélectionné, procéder à une nouvelle élimination : refuser ceux dont le labyrinthe est manifestement insuffisant ; éloigner ceux dont l'étrier est immobilisé.

Restent donc, en fin de compte, comme seuls justifiables de la cure, *les sourds adhésifs chez lesquels le Rinne est négatif et le Gellé positif*, et qui ont conservé une bonne perception osseuse indiquée par un Schwabach non raccourci.

Chez ceux-là on a presque toujours chance de réussir ; et l'espoir est plus grand dans l'otite adhésive d'origine suppurative, où une large perforation permet à la solution active l'accès large et direct dans la caisse, que dans l'otite adhésive d'origine catarrhale, où le médicament ne peut atteindre les adhérences que par les voies transtympaniques ou transtubaires, parfois infidèles.

Contre-indications. — On doit exclure :

1° Les malades dont la peau du conduit ou du pavillon n'est pas intacte ;

2° Les otorrhéiques dont l'écoulement n'est pas tari depuis plusieurs mois;

3° Les labyrinthiques ;

4° Les otoscléreux.

On doit se méfier :

Des nerveux chez lesquels *une surdité psychique* (Boulay et Le Marc'Hadour) embarrasse souvent le diagnostic des auristes orthodoxes et facilite les entreprises des autres.

Les psycho-sourds atteints, il est vrai, d'affections locales mais avant tout, phobiques de la surdité, déconcertent au premier abord. Leur allure inquiète, leur angoisse de ne pas entendre pendant les épreuves acoumétriques, ainsi que le désaccord souvent invraisemblable entre les données de l'examen objectif et de l'épreuve de l'ouïe les trahissent. Chez eux la moindre action thérapeutique, présentée avec assurance et acceptée avec confiance, est prétexte à guérison. Aussi pourrait-on s'abuser, si l'on n'y prenait garde, sur l'action de la thiosinamine : elle agirait alors surtout par les paroles qui accompagnent sa prescription. Pour les psycho-sourds, la manière de donner vaut mieux que ce qu'on donne.

Souvenons-nous donc que *les échecs* de la cure de thiosinamique dans la surdité peuvent tenir non seulement aux fautes de technique, mais encore aux fautes de diagnostic.

Résultats. — Les résultats que nous avons obtenus dès maintenant, après une année d'essais, ont été satisfaisants dans la plupart des cas, surtout si l'on tient compte de l'absence totale jusqu'à ce jour d'un traitement efficace de l'otite adhésive et aussi de la simplicité et de l'innocuité de la méthode employée.

Nous possédons déjà une trentaine d'observations positives à différents degrés et dont Horeau a déjà reproduit une partie dans sa thèse.

Parmi ces observations nous en choisissons trois, une de chaque type différent que nous donnons ci-après avec quelque détail pour mieux mettre en lumière la marche du traitement et les résultats obtenus.

OBSERVATION I. — *Otite adhésive suite d'otorrhée tarie.*

Mlle C..., 17 ans, fille d'un confrère, est légèrement sourde de l'oreille droite et surtout se plaint de bourdonnements depuis sa première enfance, époque à laquelle est survenue une otite moyenne suppurée, suite de rougeole, et réchauffée par une scarlatine.

L'otorrhée, qui persista plusieurs mois à chaque fois, est aujourd'hui tarie depuis longtemps, mais il existe une otite adhésive bien caractérisée.

Le tympan cicatriciel est extrêmement enfoncé et collé en plusieurs points au fond de caisse ; le manche du marteau est immobile au Siegle ; il existe une perforation étroite et de nombreuses adhérences dans le quadrant postéro-inférieur.

O. D.	M. os = B. — air = 0m,12 Rinne = —
O. G.	normale

Weber = latéral. à droite.

Sous la surveillance de son père, la jeune fille prend chaque jour en se couchant un bain de dix minutes dans l'oreille droite de la solution alcoolique de thiosinamine à 15 %. Après avoir montré au père le mode d'emploi du masseur de Delstanche, on recommande de faire suivre chaque jour le bain d'un léger massage du fond de l'oreille.

Malheureusement au bout de 15 jours, l'irritation produite par le traitement a ramené la suppuration.

On cesse les bains pour les reprendre un mois seulement après disparition de tout écoulement, non plus avec la solution alcoolique, mais avec la solution aqueuse combinée du Dr Michel.

Le résultat fut des plus heureux. Pas de retour d'écoulement. Les bourdonnements disparurent. Le quadrant tympanique, précédemment immobilisé à sa partie inférieure, n'est plus entièrement accolé au fond de caisse et permet une mobilité relative du manche du marteau.

O. D. . . . . . O. G.	M. air = 0m,40

Six mois après cessation du traitement, ce résultat s'est maintenu. On recommence alors une nouvelle série de quinze bains suivis de massage.

A la date d'aujourd'hui, c'est-à-dire un an après le début et cinq mois après cessation de tout traitement, l'amélioration reste acquise.

OBSERVATION II. — *Otite adhésive suite de catarrhes tubo-tympaniques à répétition.*

Mme S..., 24 ans, est une ancienne adénoïdienne atteinte de coryza chronique qui, depuis plusieurs années déjà, se plaignait de surdité bilatérale, plus prononcée à droite et même de légers vertiges survenant l'hiver et s'accentuant de plus en plus chaque année.

D'une année à l'autre, la surdité acquise a augmenté et est devenue constante.

Jamais d'écoulement d'oreille.

A droite, le tympan est collé au fond de caisse, moulant tous les reliefs de cette surface. Le quadrant antéro-inférieur est seul mobile.

A gauche, le tympan épaissi est très enfoncé ; il n'est pas mobile au Siegle.

O. D.	M. air = 0m,01. — os = B Rinne = — Gellé = +
O. G.	M. air = 0m,12. — os = B Rinne = — Gellé = +

Weber = latéral. à droite.

Après traitement du coryza chronique à savoir :

1° Transformation de la nature des sécrétions qui, sous l'influence de pulvérisations de protargol, devinrent de muco-purulentes franchement aqueuses, sans diminution de quantité ;

2° Applications d'air chaud qui tarirent les sécrétions aqueuses.

On commence par traiter l'oreille droite à l'aide de bains quotidiens ou d'injections dans la caisse avec la solution aqueuse de thiosinamine à 15 %, suivis de massages trois fois par semaine, sans toucher à l'oreille gauche.

Après quinze jours de traitement, l'amélioration est considérable :

O. D. . . . . . { Monte air = $0^m,12$.

Dix jours plus tard, l'amélioration s'accentue. Les bourdonnements, déjà atténués précédemment, ont complètement disparu.

O. D. . . . . . { M. air = $0^m,25$.
Rinne = +
Weber = latéral. à gauche.

L'oreille droite est ainsi devenue meilleure que l'oreille gauche.

Abandonnant dès lors le côté droit, on passe à l'oreille gauche que l'on traite de la même manière et, au bout d'une quinzaine de jours, on arrive à un résultat assez satisfaisant.

O. G. . . . . . { M. air = $0^m,20$.

Malheureusement, un coryza aigu, ramenant le catarrhe nasopharyngien, nous reporte en arrière, presque au point de départ.

On traite le coryza seul et, après disparition, on retrouve, sans avoir touché aux oreilles, l'amélioration obtenue du côté droit tandis que l'audition est revenue au point de départ du côté gauche. Reprenant alors pour cette dernière oreille les bains avec une solution concentrée (à 20 $^0/_0$) de thiosinamine, suivis de massages, on arrive, après trois semaines, à un résultat identique à celui obtenu du côté droit.

La malade est restée en observation : le résultat est demeuré acquis depuis deux mois.

OBSERVATION III. — *Otite adhésive suite d'érysipèle chez un scléreux.*

M. P..., 72 ans, est un vieillard alerte, de bonne santé habituelle quoique légèrement rhumatisant et chez qui une otosclérose bilatérale est en marche lente depuis de nombreuses années déjà.

Atteint, du côté droit, d'un érysipèle ayant envahi le pavillon, le conduit et le tympan, il devient sourd de ce côté et se plaint de douleurs et de battements d'oreille synchrones du pouls.

A peu près guéri de son érysipèle, il se présente à nous avec un tympan rouge, infiltré, cicatriciel. Divers topiques irritants appliqués sur ce tympan en ont encore plus enflammé l'épiderme et avant toutes choses, nous conseillons à M. P... de s'abstenir de tout traitement local pendant une dizaine de jours.

Lors du premier examen, l'audition était la suivante :

O. G. . . . . . { M. air = $0^m,06$. — os = médiocre Rinne = +

O. D. . . . . { M. air = $0^m,01$. — os = médiocre Rinne = +

Weber = latéral. à droite.

Après repos de 10 jours, la surdité de l'O. D. s'est encore accrue, ce qui s'explique par la raideur survenue à la suite de la cicatrisation complète des blessures du tympan.

O. D — M. air = contact.

On commence les bains de thiosinamine pris chaque jour chez lui par le malade et, après six bains sans massage, l'audition s'est déjà améliorée :

O. D — M. air = $0^m,03$.

Après dix jours de traitement complet — bains quotidiens de dix minutes suivis de massages tous les deux jours — le résultat est satisfaisant : l'audition est égale pour les deux côtés :

O. D. . . . . . } M air = $0^m,06$.
O. G. . . . . . }

Voulant pousser plus loin l'expérience, nous continuons ce même traitement pendant quinze autres jours, mais sans aucun résultat. Les lésions de sclérose sont évidemment rebelles au traitement et restent ce qu'elles étaient auparavant.

Revu le malade trois mois après cessation de tout traitement. L'amélioration demeure acquise.

Tous nos résultats n'ont pas été aussi heureux et aussi probants que ceux relatés dans les trois observations ci-dessus. Mais, d'une manière générale, nous pouvons dire que, rarement, ces résultats ont été nuls ou négatifs.

De plus, du jour où nous avons abandonné la solution alcoolique de thiosinamine pour employer exclusivement la solution aqueuse combinée avec l'antipyrine, nous n'avons plus

eu d'accidents, sauf deux fois : un retour d'otorrhée chez un homme dont l'écoulement était tari depuis trop peu de temps ; chez une jeune fille, une très légère poussée d'eczéma du conduit auditif, poussée qui disparut d'elle-même aussitôt après la cessation du traitement.

Les plus anciennes de nos expériences remontant à un an à peine, il ne nous est pas permis d'affirmer que tous les résultats acquis soient définitifs, d'autant mieux que nous devons à la vérité de déclarer que, chez trois de nos malades, nous avons noté une diminution sensible de l'amélioration constatée juste à la fin du traitement, sans qu'il soit survenu de cause étrangère apparente pour expliquer ce retour en arrière.

Deux d'entre ces derniers ont été traités à nouveau et améliorés pour la seconde fois.

Ajoutons enfin que quatre de nos malades ont été perdus de vue.

Quoi qu'il en soit, il est un fait à retenir de ce qni précède, c'est que, par l'action combinée de bains locaux avec une solution aqueuse de thiosinamine à 15 °/₀ et de légères aspirations du fond de caisse au moyen du masseur de Delstanche, il est possible d'arriver à ramollir le tissu cicatriciel immobilisant les divers éléments de l'oreille moyenne et de rendre, au moins en partie et pour un certain temps, à ces éléments une mobilité qu'ils avaient perdue.

Devons-nous en conclure que nous possédons enfin un moyen infaillible de rendre l'ouïe aux sourds oto-adhésifs et de faire disparaître leurs bourdonnements ? En ces matières, le doute prolongé est prudent. Tant de traitements ont vu leur décadence succéder prématurément à leur grandeur que notre confiance ne se livre plus sans réserve à toute nouvelle thérapeutique auditive. Cependant, il semble que la thiosinamine, vieille déjà de quinze ans, n'ait point failli à ses promesses et il est vraisemblable que l'otiatrie a quelque aide à en attendre.

Gardons-nous bien toutefois de thiosinaminer tous les sourds. Une généralisation hâtive jetterait sur cette méthode le discrédit. La thiosinamine serait perdue pour nous du jour où elle deviendrait le « triomphe de la surdité vaincue ».

Evitons surtout le diagnostic facile et instantané qui, comme nous le disions plus haut, classe tous les vieux sourds dans le *caput mortuum* de l'otite sèche. Sachons, actuellement tout au moins, sélectionner nos cas : *Otite adhésive avec bon labyrinthe et étrier mobile*. Plus tard, peut-être, nos succès nous autoriseront-ils à étendre les indications de la thiosinamine à des tentatives plus hasardeuses ?...

III

UTILITÉ DE L'OTO-RHINOSCOPIE DANS LES DIVISIONS PALATINES

Par **CHERVIN** (1)

Directeur de l'Institut des Bègues de Paris.

Les opérations pour remédier aux divisions congénitales de la voute osseuse ou du voile du palais rentrent particulièrement dans nos attributions, non seulement à cause du lieu de l'intervention chirurgicale, mais aussi à cause de la nature même de l'opération qui demande une légèreté de main qu'on trouve particulièrement chez nos confrères de la spécialité. Mais il y a un troisième argument qui milite encore en leur faveur : c'est l'utilité de l'oto-rhinoscopie au point de vue du pronostic final.

Il est bien certain que le but recherché par ceux qui consentent à l'opération, c'est *uniquement* l'amélioration de leur langage.

Vous savez en effet, Messieurs, que le langage des perforés palatins est le plus ordinairement inintelligible par suite de l'absence d'articulation et par surcroît très désagréable à entendre à cause du nasonnement qui l'accompagne toujours. Le chirurgien n'a pas donc pas seulement à se préoccuper de la possibilité d'obtenir la suppression complète de la fissure mais encore et surtout de ce qu'il adviendra du langage lorsque l'opération aura été faite.

L'opération n'améliore pas, *ipso facto*, le langage ; elle n'a qu'un but, c'est de permettre son éducation. Mais cette éduca-

(1) Communication à la Société de laryngologie, d'otol. et de rhinol. de Paris.

tion elle-même ne dépend pas uniquement du traitement orthophonique qui sera institué, elle est, à son tour, en grande partie sous la dépendance directe de la topographie anatomique des organes qui concourent à la parole.

C'est ici qu'intervient l'oto-rhinoscopie pour nous fixer sur les conditions anatomiques de ces organes.

Généralement, la cause qui a produit la fissure palatine n'a pas seulement porté sur la partie osseuse ou membraneuse du palais. Toutes les cavités annexes ont le plus ordinairement subi, en même temps, des malformations qui ont eu un retentissement : 1° sur la production des sons, 2° sur l'articulation ; 3° sur l'audition.

Examinons chacun de ces points :

J'ai déjà montré, en 1889, au Congrès français de chirurgie, que si l'espace compris entre le pharynx et le voile palatin est trop grand, il y a un nasonnement considérable et une articulation inintelligible, quel que soit du reste le peu d'importance de la division palatine. Mais il y a plus, les fosses nasales elles-mêmes ont souvent des dimensions inusitées ou des malformations que l'examen rhinoscopique fera seul apercevoir.

En un mot, le miroir servira à examiner le pharynx aussi bien dans sa partie inférieure que dans ses dépendances supérieures et nasales.

Enfin, M. Lannois, de Lyon, a montré (¹) qu'on observe fréquemment des troubles de l'audition et des lésions de l'oreille moyenne qui vont depuis l'obstruation simple de la trompe d'Eustache jusqu'à l'otite moyenne sclérosante ou à l'otorrhée chronique, avec toutes leurs conséquences. Dans un certain nombre de cas, la raison en est dans des anomalies congénitales de la caisse, des osselets ou de la trompe d'Eustache. Le plus souvent, la cause est dans l'inflammation chronique des fosses nasales et du naso-pharynx, laquelle se propage à la trompe et à l'oreille moyenne.

Donc ce n'est que lorsque le chirurgien et le médecin orthophoniste auront conjointement examiné, avec soin, le malade au triple point de vue des conditions anatomiques des oreilles,

(¹) *Rev. hebd. de Laryngol*, 1901, t. II, p. 177.

du nez et du pharynx, des possibilités chirurgicales et des possibilités éducatives verbales que le pronostic pourra être établi en connaissance de cause. Or, c'est ce pronostic qui importe uniquement au malade, c'est ce pronostic qui le décidera à se faire opérer ou au contraire à rester dans le *statu quo*.

Si l'examen de l'oreille montre qu'elle est saine, si l'examen pharyngien et nasal montre que la malformation n'a porté que sur le palais, il est permis d'espérer qu'après le double traitement chirurgical et orthophonique le malade parlera très bien. Mais si l'oto-rhinoscopie a montré des troubles divers, j'estime qu'il faut en tenir le plus grand compte et se montrer très réservé.

En somme, les malades viennent à nous dans l'espoir, non dissimulé, d'arriver un jour à parler *comme tout le monde*. Je crois que, le plus souvent, nous ne pouvons pas le leur promettre et que nous devons même aller au-devant de leurs illusions.

Dans une très intéressante communication faite par Trélat, en 1884, à l'Académie de médecine (1), nous lisons ce qui suit : « J'opérais à la Charité, il y a huit ou neuf ans, un jeune berger cévénol et protestant âgé de quinze ans. Quoique son langage fût très mauvais, il était intelligent et résolu. *Le pauvre enfant s'était imaginé que j'allais lui rendre une parole absolument normale.* Je lui fis une série d'opérations plastiques fort bien conduites et suivies d'un résultat irréprochable. Mais, la première fois que je lui permis de parler, ses traits prirent l'expression de la stupeur. La parole gardait son caractère fortement nasonné et ses défectuosités d'articulation. Le soir même, l'enfant quittait l'hôpital et, contre les projets dont on nous avait fait part, retournait dans ses montagnes pour y reprendre sa solitude et son silence de berger. C'est seulement au bout de quatre ou cinq ans qu'il commença à essayer de parler. »

Roux parle également, dans ses *Lettres sur la staphylorrhaphie*, d'un jeune homme qui resta volontairement muet pendant trois ans, après avoir subi cette opération.

(1) Séance du 23 décembre 1884, p. 1778.

On voit jusqu'où peut aller le découragement, et il serait facile d'allonger la liste de ces désillusionnés de l'opération, faute de les avoir prévenus à l'avance de ce qu'on pouvait obtenir.

Pour toutes ces raisons, j'estime donc que nous avons non seulement le devoir mais encore le plus grand intérêt à dissiper ces illusions, et que nous devons dire la triste vérité tout entière au malade, sous peine de nous exposer à des récriminations ultérieures d'autant plus amères, qu'il y a toujours quelqu'un pour les raviver.

Pour ma part, voici quelle est la règle de conduite que je me suis imposée, et je ne crains pas d'entrer ici dans des détails qui paraîtront peut-être puérils, mais dont l'expérience m'a montré l'absolue nécessité.

Suivant les cas, je recommande ou un appareil prothétique ou l'opération. Je fais remarquer au malade que c'est la première partie du traitement et que l'opération ou la prothèse n'ont pas pour but de restituer, *ipso facto*, une parole compréhensible, mais seulement de permettre une éducation orthophonique ultérieure, qui en est le complément indispensable.

Pour beaucoup de malades, c'est déjà une première désillusion que cette simple indication de la marche du traitement. Beaucoup, en effet, sont tentés de voir, dans l'autoplastie palatine, une opération analogue à une suture quelconque, qui, une fois la convalescence effectuée, permet la reprise de toutes les prérogatives de l'organe suturé. Ils croient, ainsi que je disais tout à l'heure, et suivant leur propre expression, que, le lendemain de l'opération, le malade parlera *comme tout le monde*. Il est donc très important de les détromper.

Quant au résultat de l'éducation orthophonique post-opératoire, j'insiste très longuement auprès du malade sur ce qu'il doit en attendre. Je lui dis très nettement : « Je me charge de vous apprendre à prononcer clairement et distinctement toutes les voyelles, toutes les consonnes ; je vous donnerai un langage aisément compréhensible, mais je n'espère pas faire disparaître entièrement le nasonnement ; il diminuera considérablement d'intensité, mais vous parlerez toujours du nez. En un mot, vous ne parlerez jamais *comme tout le monde*. »

Cette franchise de langage est un rude coup porté aux illusions du malade et de sa famille. Je dois dire cependant que, lorsque tout le monde est remis de cette émotion, non seulement on ne m'en a jamais su mauvais gré, mais encore plus d'un hésitant qui était venu me consulter, « par acquit de conscience, pour savoir ce que je dirais », et qui était parfaitement décidé à ne rien faire, est sorti de mon cabinet très résolu à suivre le double traitement : chirurgical ou prothétique d'abord, et orthophonique ensuite. Du moment qu'il savait exactement à quoi s'en tenir, et qu'il n'avait plus à redouter de désillusions ou les sarcasmes des parents ou des amis, son parti était vite pris.

Donc point de désillusions pour le malade, point de récriminations ultérieures pour le médecin, tel est le résultat de la conduite franche et loyale que nous devons tenir.

IV

L'HUILE DE VASELINE DANS LE PANSEMENT DE L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOIDIEN [1]

Par **J.-N. ROY.**
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada).

Depuis quelques années, les pansements de l'évidement pétro-mastoïdien ont été faits d'après différentes méthodes. En 1902, Eeman, de Gand, dans sa première communication à la Société belge d'oto-rhino-laryngologie, préconisait l'acide borique dans ces pansements. L'année suivante, il revenait sur le même sujet, et rapportait une statistique de trente-huit malades traités par sa méthode.

En 1905, Mahu, de Paris, présentait un nouveau procédé à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, qui consiste à ne plus tamponner la plaie, mais seulement à la drainer avec une mèche de gaze appliquée sur le plancher du conduit.

Je n'ai pas l'intention de discuter ici l'opinion de Laurens qui veut que, dans certains cas, le pansement de l'évidement soit celui de la trépanation dans la mastoïdite simple. Ce serait sortir de mon sujet, puisque dans le présent travail, je me propose de vous parler seulement de l'épidermisation, et non du comblement de la plaie après l'opération.

Tous ces différents procédés ne sont que des modifications de la méthode classique allemande qui consiste à faire épidermiser la cavité au moyen de tamponnements à la gaze.

Dans le courant du mois de juin 1905, j'eus à faire une opération d'évidement, et, malgré tous les soins que je pris

[1] Communication faite à la Société française d'oto rhino laryngologie, Paris, mai 1907.

aux pansements, la guérison se faisait attendre. Après avoir employé, sans aucun succès, tous les procédés connus, il m'est alors venu à l'idée de changer entièrement de méthode, et de remplacer les pansements secs par des pansements à l'huile. Le malade, que je traitais depuis plus de six mois, fut guéri en dix jours. Plus tard, j'eus avec d'autres confrères l'occasion d'expérimenter de nouveau ces pansements à l'huile avec des résultats non moins heureux. En présence de ces faits, je me crois aujourd'hui en mesure d'exposer les règles suivantes de ce nouveau mode de pansement.

On fait l'évidement comme à l'ordinaire, mais l'opérateur choisira de préférence un procédé autoplastique qui lui permettra de suturer les lèvres de la plaie rétro-auriculaire, surtout s'il n'est pas en présence d'un cholestéatome. Pour compléter l'hémostase, le pansement post-opératoire doit être légèrement compressif, et fait à la gaze iodoformée. Celui-ci est enlevé vers le sixième jour, — suivant les indications, — et la plaie est soigneusement nettoyée à l'eau oxygénée et asséchée avec de l'ouate. De petites lanières de gaze simple, d'environ un centimètre et demi de largeur sur 6 centimètres de longueur, sont trempées dans de l'huile de vaseline ; un bout est introduit dans la caisse, soit par le conduit ou par l'ouverture rétro-auriculaire, et l'autre extrémité reste en dehors de la plaie. Toute la cavité doit être soigneusement tapissée par cette gaze, et les lanières doivent empiéter légèrement les unes sur les autres. Sur cette doublure, on applique de l'ouate suffisamment humectée de vaseline liquide pour être bien tassée. En faisant ce tamponnement qui doit être assez serré, il faut ne pas laisser d'espace mort ; aussi pour atteindre ce but, vaut-il mieux se servir de préférence de petites boulettes de coton. On doit apporter beaucoup de soin à l'ouverture du conduit,, en le tamponnant assez fortement, d'une part pour empêcher son atrésie, et d'autre part pour maintenir l'accolement des lambeaux. Lorsque la cavité est bien remplie, on termine le pansement avec de l'ouate sèche et un bandeau. Inutile d'ajouter que l'huile de vaseline, la gaze, le coton doivent être stérilisés, et que le panseur doit se conformer à la plus rigoureuse asepsie. A la première période,

les pansements sont faits tous les jours ; lorsque la sécrétion de la plaie diminue et que l'épidermisation marche normalement, ils sont alors renouvelés tous les deux jours. L'ablation du pansement doit être faite lentement ; comme les lanières de gaze s'accolent quelquefois à l'épiderme, il vaut mieux les enlever par des tractions faites de dehors en dedans, après les avoir humectées avec de l'huile ou de l'eau oxygénée. La plaie est ensuite nettoyée au peroxyde d'hydrogène, soigneusement asséchée, et avant de refaire un nouveau pansement, suivant le même procédé, il faut voir à ne pas laisser d'effiloches. S'il arrive d'être en présence d'une complication quelconque, on doit agir naturellement d'après les circonstances. Telle est la technique si facile de ces pansements à l'huile.

*
* *

En mars 1905, M. M..., 23 ans, vient me consulter à l'Hôtel-Dieu pour un écoulement de l'oreille gauche datant de deux mois. A l'examen, je constate une perforation de la membrane de Shrapnell, et un polype venant de l'attique. L'ablation en est faite séance tenante. L'oreille coule toujours et le polype se reforme encore après une nouvelle opération. En avril, je décide de tenter l'ossiculectomie, avec un bon curettage de l'attique. Le marteau et l'enclume sont enlevés, et les suites post-opératoires sont normales. L'oreille continue toujours à couler et le polype se reforme. Vers la fin du mois de mai, le malade commence à faire de la température à la suite d'une poussée de mastoïdite. Il y avait encore évidemment de la rétention. Le traitement ne donne aucun résultat, et les symptômes s'aggravent. En juin, je pratique l'évidement pétromastoïdien. L'antre, l'aditus et l'attique sont remplis de bourgeons, produits de l'ostéite. L'autoplastie est pratiquée d'après la méthode de Panse. Des pansements compressifs sont faits tous les jours à la gaze simple. Au bout de quatre mois, la cavité est épidermisée à l'exception d'une anfractuosité du plancher de la caisse qui, pendant un autre mois, ne veut pas guérir. Je fais alors des pansements à l'acide borique. Malgré la petite quantité de poudre insufflée, il se fait de la rétention, et le malade empire. Je me contente ensuite de nettoyer la plaie et de laisser faire la nature. De petites croûtes se forment et la cavité suppure. En présence de l'insuccès que me donnent ces trois méthodes, assez

longtemps employées, j'imagine alors de faire des pansements à l'huile de vaseline, ce qui me permit de guérir définitivement mon malade en dix jours : guérison maintenue depuis lors.

Les deux observations suivantes sont dues à l'obligeance de mon excellent ami, le Dr Lassalle, à qui j'ai fait part de cette méthode, et qui a bien voulu l'essayer.

La sœur L..., 32 ans, souffre d'une otite moyenne aiguë suppurée double, de nature grippale, depuis janvier 1905. En mars, mastoïdite double qui guérit à gauche. Trépanation à droite en avril. Le terrain est mauvais, la malade étant scrofuleuse, et la plaie bourgeonne toujours. Tonique à l'intérieur. En avril, la cavité n'est pas encore comblée, l'ostéite continue, et l'on pratique l'évidement pétro-mastoïdien. Autoplastie d'après la méthode de Stacke. Pansements compressifs à la gaze simple. Cautérisations, curettages répétés, car la plaie bourgeonne et l'épidermisation marche très lentement. Malgré les pansements compressifs, la cavité a une tendance à se refermer ; les cellules péri-tubaires font de l'ostéite, et un curettage complet est pratiqué en décembre 1905. Reprise des mêmes pansements d'autrefois, que l'on alterne ensuite avec ceux des autres méthodes. Un an après l'évidement, il reste encore un tiers de la plaie à épidermiser. Des pansements à l'huile de vaseline sont alors essayés, et guérissent définitivement la malade.

Mme P..., 36 ans, a une otorrhée droite depuis son enfance. A la suite d'un coryza, elle fait une mastoïdite en décembre 1906, et un abcès sous-périosté. Evidement pétro-mastoïdien le 22 décembre. Pas de cholestéatome, mais destruction d'une grande partie des cellules péri-antrales, et du conduit osseux postérieur. Dure-mère et sinus latéral à nu par ostéite. Les osselets ont disparu par la suppuration. Autoplastie d'après le procédé de Stacke. Tamponnement à la gaze iodoformée. Premier pansement le sixième jour avec la vaseline liquide. Au commencement de janvier, la cavité s'épidermise. Le 31, l'épiderme a envahi les trois quarts de la plaie. Avec les pansements compressifs à l'huile de vaseline, la cavité ne s'est pas rétrécie. La malade n'a jamais eu de douleur, n'a jamais eu de bourgeons et n'a jamais suppuré. Le 14 février, la patiente était radicalement guérie ; c'est-à-dire après 54 jours de pansement.

* * *

Si nous jetons maintenant un rapide coup d'œil sur les avantages et les inconvénients de ces différents procédés, nous voyons que :

L'ancienne méthode allemande qui consiste à faire des pansements compressifs à la gaze est très douloureuse. De plus il est impossible de remplir partout la cavité opératoire, surtout la caisse. Comme ce pansement irrite les tissus, il se forme des bourgeons qui nécessitent des curettages et des cautérisations répétés. Ajoutons à cela plusieurs mois de traitement.

De l'aveu de Mahu lui-même, le procédé qui consiste à laisser faire la nature, en drainant seulement la cavité, ne serait applicable que lorsqu'il s'agit d'ostéite simple. Cette cavité opératoire n'étant pas tamponnée, les parois se rétrécissent naturellement, ce qui peut occasionner de sérieuses complications. De plus, il se forme des bourgeons qui retardent l'épidermisation.

Quant à la méthode d'Eeman, qui semble être la plus en faveur auprès des otologistes, nous pourrions lui faire le même reproche qu'à la précédente. En l'absence de tamponnement, la cavité opératoire a une tendance à se refermer, et une récidive de cholestéatome pourrait même nécessiter un second évidement. L'acide borique, plus ou moins dissout par les sécrétions de la plaie, forme un magma irritant et la fait bourgeonner. Enfin, la douleur des pansements des trois premières semaines a été seule suffisante pour empêcher certains opérateurs de continuer à employer cette méthode.

Avec l'huile de vaseline, le panseur pourra à volonté, par un tamponnement plus ou moins fort, laisser rétrécir un peu la plaie, ou encore lui conserver la forme qu'elle avait après l'opération. Les granulations en contact avec ce corps gras aseptique sont parfaitement protégées contre toute contamination, et n'ont aucune tendance à s'organiser en bourgeons exubérants et à suppurer. L'épiderme qui se forme est solide, et marche rapidement sur un sommier ostéo-fibreux bien préparé. Aucune douleur n'est ressentie pendant tout le cours des pansements. La malade de ma dernière observation fut guérie en 34 jours; aujourd'hui, il serait facile d'obtenir une guérison en beaucoup moins de temps, en suturant les lèvres de la

plaie rétro-auriculaire immédiatement après l'opération. Je ne discuterai pas la valeur des greffes de Thiersch ; cependant, les partisans de cette méthode, après assèchement et avivement de la plaie, trouveront, dans l'huile de vaseline, un des meilleurs procédés de pansement à la suite de cette petite opératien.

De tous les corps huileux, j'ai cru devoir employer la vaseline liquide de préférence aux huiles végétales. Nous pouvons avoir le même résultat — l'ayant d'ailleurs expérimenté — avec différentes huiles, entre autres : l'huile d'olives, l'huile d'amandes douces. Cependant, nous savons que ces dernières sont souvent falsifiées, rancissent rapidement après une fermentation qui les transforme partiellement en acide oléique ou autres acides analogues, et peuvent même devenir très irritantes pour les tissus avec lesquels elles viennent en contact. De plus, la moindre faute d'asepsie peut en faire un excellent milieu de culture microbienne.

Quant à la vaseline liquide, elle n'a aucun de ces inconvénients. Cette huile minérale est neutre et ne s'altère ni à la lumière, ni à l'air ; par conséquent, ne rancit pas.

Très stable, elle peut même résister à l'action des produits chimiques les plus énergiques. En plus, elle ne peut pas s'infecter ; aussi est-elle indiquée de préférence à toutes autres pour ce genre de pansement.

Le petit nombre de malades traités jusqu'à ce jour, par ce nouveau procédé, ne me permet pas de tirer de conclusions. Le but de cette communication est plutôt de soumettre cette méthode à mes confrères, et de leur demander de vouloir bien l'essayer et de communiquer plus tard le résultat de leur expérience personnelle.

En terminant, je ferai remarquer qu'avec les pansements à l'huile de vaseline :

1° Il n'y a pas de douleur ;

2° La plaie ne bourgeonne pas ;

3° L'épidermisation marche rapidement ;

4° La cavité garde, si l'on veut, la forme qu'elle avait après l'opération.

RECUEIL DE FAITS

I

KYSTE PARADENTAIRE A DÉVELOPPEMENT SINUSIEN TRAUMATISME ANTÉRIEUR

Par **CHARÉZIEUX**

Observation. — Dans le courant d'août 1904, je reçus dans une infirmerie régimentaire, où j'effectuais du service, la visite d'un soldat rengagé me demandant de lui extraire quelques racines douloureuses au niveau de l'arcade alvéolaire supérieure gauche. Il se plaignit en outre de la gêne provoquée par une tuméfaction occupant le vestibule au niveau des racines douloureuses et de douleurs vagues et sourdes dans toute la région malaire du même côté.

Répondant à mes questions, il me raconta que cette tuméfaction était apparue, pour la première fois, il y a quatre ans, à la suite d'un accident survenu dans les circonstances suivantes : occupé, comme garçon de ferme, à soigner ou à traire les vaches de son maître, il reçut d'une d'elles un violent coup de corne dans cette région de la face et, à partir de cette époque, il sentit une saillie sur la gencive qui augmenta progressivement et très lentement. Il y a environ six mois, il vint à la visite du médecin ; la tuméfaction fut incisée et disparut mais elle se reproduisit peu après et acquit avec plus de rapidité son volume actuel.

Je constatai alors une tuméfaction grosse comme une amande faisant saillie dans le vestibule au-dessus des racines de la deuxième bicuspide et de la première grosse molaire supérieure gauches. La tuméfaction n'est pas fluctuante, elle est plutôt rénitente, ne donne pas au toucher la sensation d'une collection purulente ; elle n'est

pas ou presque pas douloureuse à la pression. Malgré ces symptômes, ne pensant pas aussitôt à un kyste, je ponctionnai au thermo la tumeur et rien ne sortit.

Le lendemain la tuméfaction avait le même volume ; sa rénitence persistante me frappe et je pense à un kyste paradentaire. Je complète mon examen. Je constate que le système dentaire de cet homme d'environ 25 ans est en mauvais état : beaucoup de dents cariées, bouche mal tenue. La région malaire me paraît un peu plus volumineuse à gauche qu'à droite. Mais il n'y a pas de cacosmie, pas d'écoulement de pus par le nez lorsque le malade dort sur le côté opposé.

Sous cocaïne j'extrais la racine de la deuxième bicuspide et les racines de la grosse molaire. J'ouvre au thermo largement la paroi antérieure ; issue d'abord de pus, puis de liquide jaune foncé. En pressant sur la tuméfaction, à travers la joue, je la réduis de façon appréciable. Lavages de la poche, le liquide injecté ne ressort pas par la narine comme lorsqu'il s'agit d'un empyème maxillaire, ou d'une sinusite vraie ; tamponnement à la gaze ; gargarismes antiseptiques chauds et fréquents.

Le lendemain, en pressant sur la tuméfaction, à travers la joue, je fis sortir une grande quantité de pus, et cette quantité même me fit supposer qu'il ne pouvait provenir de la seule tuméfaction vestibulaire. Par l'alvéole de la deuxième bicuspide, j'introduisis un stylet qui pénétra à une profondeur verticale de 4 centimètres et demi environ et vint s'arrêter sur un plan osseux, le plafond de la cavité antrale. Je pratiquai des irrigations qui donnèrent issue à une grande quantité de pus et à quelques grumeaux blancs-jaunâtres.

L'opération qui s'imposait étant la cure radicale, j'envoyai le malade à l'hôpital de la garnison.

Ainsi pour retenir ce qu'offre de particulier cette observation, le kyste paradentaire est apparu et s'est développé après un violent traumatisme de la région malaire. Quel est le rôle de ce traumatisme ? A-t-il joué dans la genèse de l'affection un rôle important ? A-t-il été une simple coïncidence ? A-t-il été simplement effacé, secondaire quoique réel ?

Telles sont les questions qui viennent immédiatement à l'esprit, qui ne sont point indifférentes comme nous allons le voir et auxquelles nous allons répondre.

Que ces kystes soient périostiques suivant Magitot, ou les produits de l'activité des débris épithéliaux paradentaires, comme l'a démontré Malassez, ils sont toujours implantés à l'extrémité d'une dent, et d'une dent infectée. L'infection, transportée par le canal radiculaire jusqu'à l'apex, est donc un facteur étiologique capital. Cette infection peut être consécutive à une carie ancienne et progressive ; elle peut être aussi consécutive à l'infection profonde de la dent par suite de fracture de sa couronne. Dans le premier cas, le traumatisme n'aura fait qu'apporter un coup de fouet à l'évolution du processus morbide ; son rôle, quoique réel, sera par conséquent secondaire et effacé. Dans le deuxième cas, le traumatisme aura, d'une part, ouvert la porte à l'infection, d'autre part, favorisé, par les stases sanguines, la prolifération des débris épithéliaux. On conçoit toute l'importance du traumatisme dans cette dernière alternative, s'il fallait, par exemple, déterminer la responsabilité chez un accidenté du travail. Pour apprécier exactement ce rôle du traumatisme, il faudrait de toute nécessité, — cela ressort de cette observation, — que le blessé fût examiné aussitôt après l'accident par un spécialiste qui noterait l'état du système dentaire, établirait le départ entre les lésions anciennes et celles plus récentes pouvant être imputées au traumatisme.

Donc, et pour conclure, nous dirons : cette étiologie d'un kyste paradentaire à développement sinusien qui exige par lui-même une opération assez sérieuse et créant une assez longue incapacité de travail, n'est pas seulement curieuse et rare ; elle montre aussi qu'il serait utile et désirable, dans les traumatismes avoisinant les arcades dentaires, qu'un examen immédiat fût pratiqué par un spécialiste compétent pour la meilleure et réciproque garantie des employeurs et des employés. Ce serait aux premiers confrères consultés à y penser. C'est pour eux que nous avons écrit et commenté cette observation.

II

MÉLANOSE PALATINE PRIMITIVE ANCIENNE FISTULE NASO-BUCCALE RÉCENTE D'ORIGINE SARCOMATEUSE [1]

Par **J.-N. Roy**.
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada).

Il est des bizarreries de la nature que jusqu'ici l'observateur le plus profond n'a encore pu expliquer. En médecine, nous pourrions en citer de nombreux exemples : la mélanose primitive du palais, entre autres, mérite bien, il nous semble, d'être de ce nombre. L'histologiste, en effet, pourra bien nous dire ce que c'est que la mélanose, mais plus grand sera son embarras de nous démontrer pourquoi cette mélanose s'est localisée primitivement à la voûte palatine. Normalement chez l'homme, la muqueuse du palais est d'une coloration blanc rosé ; et, toutes les fois qu'elle est envahie par du pigment, elle devient symptomatique d'une lésion pathologique.

Un rapide coup d'œil d'ensemble sur l'anatomie comparée permet de constater que, d'une manière générale, le palais des animaux est physiologiquement blanchâtre et présente une muqueuse dont les ondulations forment un plus ou moins grand nombre de sillons transversaux. Cependant, le cheval, la vache, le chien, le chevreuil, le renard peuvent avoir un palais noir, sans qu'il soit pour cela pathologique. Le maki, au contraire, a toujours de la pigmentation.

Tous ces caprices de la nature doivent bien intriguer le biologiste et, en même temps, le laisser perplexe quant à l'expli-

[1] Communication faite à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris, mai 1907.

cation physiologique d'un palais blanc et d'un palais noir chez une même race d'animaux.

Si la physiologie animale est si capricieuse, il n'en est pas de même de la physiologie humaine. Chez l'homme, la mélanose palatine a toujours une signification grave : ou bien elle est un symptôme précurseur d'une maladie future, ou bien elle complique en l'envahissant une tumeur déjà existante, ou bien encore elle débute avec le néoplasme.

La littérature médicale est très pauvre en observation sur ce sujet, aussi avons-nous cru intéressant de rapporter la nôtre, en attirant spécialement l'attention sur le début de l'affection qui remonte à vingt ans, et sur la fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse.

En septembre 1906, M. J. D..., forgeron, âgé de 43 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu pour nous consulter au sujet de sa bouche. Il raconte qu'en 1886, il remarqua, sur le raphé de sa voûte palatine, une petite tache ronde, de couleur noirâtre, d'environ 3 millimètres de diamètre. Cette tache était à niveau avec les parties environnantes et ne le gênait en rien. Un an auparavant, il s'était blessé vers le milieu du palais, avec le tuyau d'une pipe en terre cuite. L'hémorrhagie fut légère et la plaie guérit rapidement sans laisser de traces apparentes. Dans l'espace des douze années qui suivirent le début de cette pigmentation, la tache doubla son diamètre — à peu près 6 millimètres — sans cependant proéminer dans la bouche. Pour tout symptôme, il n'accuse qu'un peu de rudesse de cette partie appréciable à la langue. Un médecin consulté alors lui prescrivit des gargarismes et des applications répétées de teinture d'iode. Pendant les douze premières années, cette mélanose resta absolument insensible ; mais après les badigeonnages iodés, la douleur apparut. La pigmentation s'étendit graduellement dans les parties avoisinantes, et la muqueuse devint granuleuse et irrégulière. Des bourgeons noirs et durs commencèrent à se former, sans tendance à l'hémorrhagie. Au bout de quatre ans, tout l'espace compris entre l'arcade dentaire du maxillaire supérieur fut envahi par la mélanose et les granulations. Un léger malaise et un peu de démangeaison succédèrent à la douleur causée par les

applications de teinture d'iode, qui, pour cette raison, furent suspendues. Le malade n'avait qu'à passer sa langue sur cette partie pour faire disparaître pendant quelque temps ces symptômes. Les quatre dernières années virent cette affection augmenter seulement en profondeur jusqu'à ce moment, tout le palais était déjà en état de mélanose. Il se fit alors une dépression lente, plus sensible à gauche qu'à droite. L'historique ne nous permet pas de retracer, à l'heure actuelle, une tuméfaction néoplasique antérieure à cette dépression. Le palais était devenu plus rugueux, et de petits sillons séparaient les bourgeons qui semblaient grossir. Aux premiers jours de septembre dernier, le malade, en voulant faire une succion, s'aperçut qu'il avait une fistule naso-buccale du côté gauche, qui depuis ce temps a toujours été en augmentant. Aucune hémorrhagie, aucune suppuration à noter.

A l'examen de la bouche, nous constatons une mélanose qui a envahi tout le palais dur. Des bourgeons de différentes grosseurs sont disséminés un peu partout, les uns brunâtres, les autres noirâtres. Ils sont durs, et n'ont aucune tendance à saigner. Le côté gauche est fortement déprimé, et le stylet pénètre dans la narine correspondante, à l'union du tiers postérieur et du tiers moyen. La douleur n'est ressentie qu'au contact de mets irritants, ou lorsque l'air froid passe par cette perforation. On constate un léger suintement et un peu d'odeur de nécrose. Un bourgeon situé dans l'orifice de la fistule empêche les liquides de pénétrer dans la narine gauche.

La voix est nasonnée.

Il y a diminution du goût et des réflexes pharyngiens, sans phénomènes de dysphagie.

Les joues et les gencives ne présentent pas de pigmentation.

Le patient a toujours été un gros fumeur ; il a mâché du tabac, et n'a jamais eu soin de ses dents ; aussi sont-elles noires. Celles du maxillaire supérieur sont saines, à l'exception de la première grosse molaire gauche, qui est cariée au troisième degré ; la troisième grosse molaire droite est extraite. Ablation de la deuxième grosse molaire gauche du maxillaire inférieur. Les autres sont dans un état absolument normal.

A la rhinoscopie antérieure, nous constatons du côté gauche, une rhinite hypertrophique. La cloison est œdématiée, dépressible au stylet, et un léger éperon cartilagineux empêche de



Fig. 1

voir la perforation. Le septum à droite est également infiltré, et le cornet inférieur est hypertrophié.

Le malade n'a jamais eu d'épistaxis, ni de suppuration nasale.

La rhinoscopie postérieure nous laisse voir de grosses queues des cornets inférieurs et moyens des deux côtés. La terminaison de la cloison a triplé son épaisseur; une infiltration blanchâtre semble venir de la partie médiane et augmenter progressivement vers les choanes.

Le pharynx est un peu hyperémié, et le larynx est normal.

A la diaphanoscopie, nous trouvons le sinus droit transparent et la pupille lumineuse. A gauche, la joue est très opaque et l'œil obscur. Nous nous servons de la méthode de Mahu pour nous renseigner sur la capacité de ce dernier sinus. Il contient environ 2 centimètres cubes, et l'eau qui s'écoule par la narine correspondante après un lavage préparatoire est bien claire.

Quelques ganglions du cou sont légèrement augmentés de volume, surtout à gauche.

Un examen très attentif des yeux nous permet de constater un état absolument normal des différentes parties profondes et superficielles.

L'iris a une teinte gris clair, sans tache pigmentaire.

La réfraction nous donne :

O. D. 90° + 0, 25 V. 1.
O. G. 90° + 0, 25 V. 1.

Notre patient habite la campagne depuis son enfance et a toujours eu une excellente santé. Pour toute maladie, il fit une pneumonie en 1888 et une cystite légère en 1894.

Dans ses antécédents personnels, nous ne trouvons aucune histoire de tuberculose et de syphilis.

Le malade a fait usage d'alcool sans en abuser.

Marié depuis 11 ans, il est père de sept enfants. Les deux premiers sont morts en bas âge dans les convulsions, et les autres sont en bonne santé.

Tous ses ancêtres ont vécu très vieux, et il est impossible de relever aucune diathèse cancéreuse.

Ses frères et sœurs jouissent d'une excellente santé.

[illegible]

été impossible de trouver des pigments mélaniques dans cette zone ; à peine peut-on voir sur le revêtement épitélial quelques amas de globules rouges.

Les cellules des couches profondes sont polyédriques. L'assise de ces cellules profondes est dans sa généralité nettement limitée ; cependant, elle offre à certains endroits une irrégularité marquée qui montre que l'envahissement tend à se faire par les cellules des tissus sous-jacents.

La couche sous-muqueuse est formée de cellules à contours irréguliers et variables. Tantôt serrées les unes contre les autres, tantôt éloignées, ces cellules sont rondes ou oblongues, et quelquefois étoilées. La mitose est très peu active. Les noyaux sont variables comme forme et grosseur ; néanmoins, les gros sont en nombre plus considérable.

Les espaces intercellulaires sont remplis par endroit par une substance granuleuse, et l'on trouve à côté de ces granulations des globules rouges en amas çà et là disséminés. En un point des préparations, on rencontre des glandes muqueuses un peu altérées de forme, mais sans aucun signe de malignité.

Il est à remarquer dans ces coupes le petit nombre de vaisseaux, et la plupart présentant bien cette apparence de tunnels vasculaires sans parois propres, si fréquents en tissus sarcomateux.

Dans cette masse de cellules disposées sans ordre aucun, on constate des granulations mélaniques, irrégulièrement disséminées, tantôt confluentes, tantôt isolées, mais situées surtout à l'intérieur des cellules.

Diagnostic : sarcome mélanique, se rapprochant par endroit de l'endothéliome.

Revu au commencement de novembre, le malade se dit être absolument dans le même état. Sa lésion buccale a cependant augmenté en profondeur, surtout dans la direction des incisives. La voûte palatine est en voie de dénudation, et, à certains endroits, nous y voyons des îlots d'os mortifié. Il existe seulement un peu de sensibilité à gauche. Le patient est très anxieux de savoir le résultat de l'examen microscopique, et, croyant sa maladie dangereuse, il nous prévient à l'avance qu'il ne consentira à aucune opération. Nous lui donnons alors

les explications nécessaires, sans lui cacher la gravité de son cas. L'intervention chirurgicale est longuement discutée au point de vue de la mutilation, des nombreuses complications et de la récidive plus que probable. Le malade s'étant de nouveau refusé à l'opération, nous lui répétons nos conseils hygiéniques. Nous lui prescrivons un gargarisme à la résorcine et la liqueur de Fowler après ses repas.

Il retourne à la campagne où il habite toujours, et revient nous voir en février et avril. Il n'accuse pas encore de douleur, mais son affection augmente rapidement. La voûte palatine continue à se dénuder, de petits séquestres se détachent et la fistule s'agrandit. Ce sarcome à marche atypique, si longtemps indolent, semble reprendre le temps perdu, et nous fait présager une terminaison fatale dans un avenir prochain.

Cette observation nous paraît particulièrement intéressante à plusieurs points de vue. Devons-nous d'abord faire remonter à vingt-un ans le début de la pigmentation, comme conséquence du traumatisme reçu à cette époque? Nous savons que toute région cutanée, fortement ou chroniquement irritée, peut se pigmenter, que l'irritation soit de nature physique, mécanique ou pathologique. Ce fait pourrait-il s'appliquer à notre cas? Il serait difficile de l'admettre, puisque les tissus du palais chez l'homme n'ont pas la propriété de produire de pigment mélanique.

Devons-nous faire intervenir une théorie parasitaire, ou encore attribuer à la mélanine du sang l'origine de la mélanose? Les hypothèses que nous pourrions faire seraient des plus problématiques, car, nous devons l'admettre, les connaissances étiologiques que nous avons tous sur ce sujet sont encore des plus vagues.

Cette néoplasie n'a sûrement pas débuté avec la mélanose, puisqu'il est généralement admis que le sarcome mélanique a une marche rapide. Par l'histoire clinique, nous voyons que la pigmentation remonte à vingt ans, que l'évolution s'est faite très lentement avec des symptômes presque nuls. Douze ans après son début, cette tache pigmentaire n'avait que 6 millimètres de diamètre et était à niveau avec la muqueuse palatine. Sous l'effet irritant de la teinture d'iode — ou simple

coïncidence — la lésion augmente en étendue et en profondeur. La fistule naso-buccale apparaît en septembre dernier et depuis lors progresse rapidement. D'après cet exposé et l'examen anatomique, nous croyons que cette mélanose primitive était de nature bénigne. Dans ces dernières années, un néoplasme serait venu se mettre de la partie, tout en s'infiltrant de pigment, et dès lors aurait donné à l'affection une marche envahissante, destructive et franchement maligne.

D'après Delbet, toute tumeur mélanique, qui naît ailleurs qu'à l'œil et à la peau, est un sarcome. Bien intéressant aurait été alors l'examen microscopique d'un bourgeon enlevé il y a un an ou deux. A ce moment-là, peut-être aurions-nous constaté une tumeur endothéliale. Les anatomo-pathologistes ne sont pas encore d'accord sur la transformation histologique de l'endothéliome et du sarcome. Monod et Arthaud ont avancé que le sarcome est une forme aggravée de l'endothéliome. Aujourd'hui, notre tumeur est franchement sarcomateuse, bien qu'à certains endroits, nous trouvions des cellules qui se rapprochent de l'endothéliome.

Quel doit être le pronostic? Nous savons que, dans le sarcome, la variété mélanique est une des plus graves. De plus, lorsque le néoplasme envahit la voûte palatine et la perfore, l'évolution se fait rapidement et il entraîne invariablement la mort du sujet.

Si nous avions tenté l'opération, nous aurions eu très probablement une récidive, vu la dissémination de la maladie vers le nez et le sinus maxillaire gauche. Nous aurions eu encore tous les dangers connus des complications post-opératoires, et les ravages considérables faits à la figure.

En terminant, nous ferons remarquer combien notre cas est étrange, par sa mélanose primitive du palais, sans lésions concomitantes de l'œil et de la peau, par la lenteur de sa marche — de vingt années — et par sa récente complication sarcomateuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 24 octobre 1906.

Président : GRÖNBECH.

Secrétaire : SOPH. BEUTZEN.

SCHMIEGELOW. — **Rhinolite de dimensions anormales** (3 centimètres, 2 centimètres un quart, poids 5 grammes et demi). L'extraction a nécessité la narcose.

SCHMIEGELOW. — **Autoscopie du larynx, chez une enfant de 10 ans.** — Schmiegelow a pu diagnostiquer et enlever des papillomes du larynx, à l'aide du tube-spatule de Killian.

TOTENS HALD. — **Augmentation du poids spécifique du pus dans l'otite moyenne aiguë, comme indication pour l'ouverture de l'apophyse.** Hald montre les erreurs dont est entachée cette méthode indiquée par A. Forselles. Il n'est pas à présumer que cette méthode fournira une indication pour l'ouverture de l'apophyse.

Discussion.

Schmiegelow a toujours suspecté cette méthode. Il a vu un cas où le poids spécifique du pus n'a jamais dépassé 1030. A l'opération, on a trouvé l'apophyse complètement détruite, remplie de pus et de granulations.

Blezvad fait quelques remarques de physique sur le même sujet.

Grönbech n'a pas essayé la méthode, parce qu'on ne peut avoir que pendant l'opération suffisamment de pus pour en déterminer le poids spécifique.

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après le *Bulletin officiel*, publié par Jörgen Müller.

Séance du 28 novembre 1906.

Président : GRÖNBECH.

Secrétaire : SOPH. BEUTZEN.

BUHL. — **Cas de lupus primaire de la muqueuse du pharynx.** — Femme de 47 ans consulte pour une dureté d'oreille. N'a jamais eu de symptômes du côté du pharynx. Du côté droit du voile du palais, une ulcération d'environ 2 centimètres, d'apparence granuleuse. Aux alentours, des nodules isolés. La peau du visage et la fosse nasale ne sont pas atteintes.

MAHLER (en l'absence du prof. Schmiegelow). — **Cancer pharyngé et péri-laryngé. Extirpation totale du larynx et partielle du pharynx.** — Jeune fille de 23 ans a, depuis un an et demi, des douleurs à la déglutition. La voix est un peu enrouée. Pas de toux, pas d'amaigrissement. Examen laryngoscopique. Le sinus pyriforme gauche est rempli d'une tumeur gris sale ; le cartilage aryténoïde gauche, œdématié. Les mouvements de la corde gauche sont limités. Le 2 août on fait la pharyngotomie sushyoïdienne. Après l'extirpation du larynx, on peut facilement extirper la tumeur dans le tissu sain. Examen microscopique : Carcinome pavimenteux typique. Le 28 septembre on ferme la fistule, par plastique. Le 31 octobre on enlève la sonde œsophagienne. Le canal dans le pharynx doit encore être élargi par la bougie. Le 22 novembre, après avoir suspendu trois jours le bougirage, la reprise en fut difficile. La malade eut des frissons l'après-midi. Température 40°,3. Douleurs derrière le sternum. Il se développa une médiastinite aiguë, avec perforation dans le poumon. Le 26 novembre, mort. Il n'y a pas eu de récidive, mais une sténose de l'œsophage.

Kiaer demande quelle est la cause de la mort, et fait observer qu'il a pu s'agir d'un abcès péri-œsophagien qui a causé une médiastinite par sa rupture.

Mahler regrette que l'on n'ait pas pu assez connaître la cause de la mort. L'autopsie du cou seule ayant été autorisée.

GOTTLIEB KIAER. — **Cancer primaire de l'épipharynx.** — Un ouvrier de 64 ans, sourd depuis longtemps, a eu dernièrement des

douleurs lancinantes. Dans le cavum, on voyait une ulcération légèrement élevée, sale, à bords rugueux. L'examen microscopique d'une partie donna : dans les interstices des cellules polygonales, l'épithélium forme par endroits des bourgeons allant dans la profondeur.

Par les rayons X, l'ulcération a été un peu nettoyée.

Gottlieb Kiaer. — **Diaphragme congénital du larynx.** — Une femme de 26 ans a toujours été enrouée, la voix est terne et n'est pas renforcée par un parler énergique. En montant rapidement les escaliers, la malade a la respiration courte. Entre les cordes vocales, on voit une membrane mince, gris blanc, qui prend les trois quarts antérieurs de la glotte et se termine en arrière par un bord concave. Pendant la phonation, la membrane disparaît parce que les cordes se rapprochent l'une de l'autre. A l'aide du galvano-cautère, on perfore le diaphragme dans la ligne sagittale, ce qui réussit avec quelque difficulté. La malade se représente au bout d'un an, avec récidive.

Il s'est reformé une membrane dans le tiers antérieur de la glotte. La voix est toujours enrouée. Il s'agit probablement d'un diaphragme congénital.

Gottlieb Kiaer. — **Rhinoplastie.**

Séance du 17 décembre 1906.

Président : Grönbech.

Secrétaire : Soph. Beutzen.

Schmiegelow. — **Nécrose de la moitié droite du cartilage thyroïde.** — Un homme de 31 ans, toujours bien portant, est devenu enroué en août 1905 ; quelque temps après, voyageant en tramway, il éprouva une forte difficulté de respirer. Le 8 octobre, à l'hôpital de Gotthenburg, on dut exécuter la trachéotomie. Le 6 décembre, il entre en traitement chez Schmiegelow. Le larynx est complètement obstrué par un gros gonflement du côté droit. Le côté gauche est normal.

Un traitement antisyphilitique, continué pendant trois mois, a été sans succès. En mars, trachéotomie inférieure, laryngo-fissure et extirpation d'une masse de gros et petits séquestres osseux et cartilagineux qui provenaient des cartilages aryténoïde et cricoïde.

Formation continuelle d'une fistule, puis tuméfaction et rougeur du cou. On excisa tout le côté droit du cartilage aryténoïde et la guérison a été obtenue. A l'automne, le malade, avec un larynx libre et une voix claire, put retourner chez lui. Examen microscopique montre : tumeur inflammatoire. Une pareille nécrose chez un homme autrement bien portant doit se rencontrer très rarement.

SCHMIEGELOW. — **Suppuration aiguë de l'oreille moyenne gauche. Trombose du sinus. Opération. Ligature de la veine jugulaire. Mort.** — Un enfant de 15 mois, ayant eu, il y a neuf mois, une suppuration passagère de l'oreille, est malade depuis huit jours. Vomissements, refus de nourriture, suppuration fétide, tumeur fluctuante sur l'apophyse mastoïde gauche. On trouve, pendant l'opération, un abcès sous-périostal ; l'os, en pleine suppuration, ramolli. Abcès péri-sinusien, paroi du sinus ulcérée. Le sinus est rempli d'une masse trombosée pyriforme. La veine jugulaire est sectionnée entre deux ligatures, le sinus est nettoyé jusqu'au torcular. Le même soir, l'enfant meurt. Examen bactériologique du thrombus : stérile.

Séance du 23 janvier 1907.

Président : BRENSER.

Secrétaire : TETENS HALD.

SCHMIEGELOW présente : *a*) Un homme de 68 ans avec un **papillome géant du nez.** La narine et le sinus maxillaire remplis d'une masse rouge pâle. Il a fallu, après circoncision du nez et fissure de la lèvre supérieure, enlever toute la paroi antérieure du sinus avec l'apophyse nasale. La masse pesait 78 grammes. Au microscope papillome recouvert d'épithélium cylindrique.

b) **Un homme de 45 ans, avec un abcès du cerveau du côté droit.** — Le malade était atteint depuis quinze ans d'une otite moyenne suppurante. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il présente des phénomènes cérébraux. On l'opère d'urgence et on trouve un abcès épi-dural avec pus fétide dans la fosse cérébrale moyenne. Fistule de la dure-mère, et, dans le cerveau, un abcès avec pus fétide large de 4 centimètres. Guérison.

HOLGER MYGING. — **Indications pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans la suppuration aiguë de l'oreille moyenne** (sera analysé).

Discussion.

SCHMIEGELOW a eu une mortalité plus petite dans ces cas qui presque tous provenaient de la clientèle particulière. Sur cent cinquante suppurations aiguës, soignées pendant les cinq dernières années, il a eu 4 cas de mort. Quand il y a des symptômes cérébraux, il faut tout de suite faire la trépanation. Chez les enfants seulement on peut parfois s'en passer. Le médecin à la campagne a le droit de se contenter de l'incision de Wilde où l'hémorrhagie est certainement d'un bon effet. Sur 150 cas, Schmiegelow a exécuté quatre-vingt fois l'ouverture de la mastoïde. Sur 18 cas de ces mastoïdites opérées, il n'y a pas eu d'otorrhée ; il existait seulement une fonte des cellules mastoïdiennes. Dans 13 cas, la suppuration avait gagné la cavité crânienne et sur ces cas, sept fois le tympan était intact. De tous les cas opérés, huit fois seulement, l'apophyse mastoïde paraissait normale à l'examen externe.

BEUTZEN dit que l'opération est indiquée par l'infiltration diffuse de la mastoïdite.

La mastoïdite qui se montre du septième au dixième jour ne constitue pas toujours une indication. Il a vu au moins 4 cas, avec gonflement diffus de la mastoïde, destinés pour l'opération et chez lesquels l'infiltration a disparu par aspiration du pus par le conduit externe.

MYGIND. — L'incision de Wilde fait partie d'un traitement d'expectation. Il n'est pas sûr si dans les complications endo-crâniennes, il faut faire la trépanation simple ou totale.

Dans la méningite, on peut se contenter de la trépanation simple, tandis que dans l'abcès du cerveau il faut faire la trépanation totale.

Séance du 27 février 1907.

Président : BRANER.

Secrétaire : TETENS HALD.

SCHMIEGELOW. — **Corps étranger du poumon droit. Bronchoscopie.** — Une enfant de 4 ans a aspiré un grain de maïs depuis cinq jours. Sous chloroforme, on exécute la bronchonscopie supérieure. A cause de la tuméfaction énorme de la muqueuse, on a, pendant les essais d'extraction qui ont duré 1 heure un quart, plusieurs fois touché les muqueuses avec une solution de cocaïne-adrénaline à 10 $^0/_0$. On a employé en tout 60 centigrammes dont probablement la plus grande partie est restée dans les tampons. Le grain a dû être morcelé et a été extrait par morceaux. La respiration est devenue plus facile, mais l'enfant est morte d'une intoxication de cocaïne au bout de sept heures.

TETENS HALD **a fait des expériences sur le gonflement des grains de maïs et des petits pois.** — Le grain de maïs offre pour l'extraction des chances meilleures.

MAHLER. — **Trachéobronchoscopie dans la syphilis des voies respiratoires inférieures.** — Chez une femme de 40 ans avec des troubles de la respiration et des signes de fonctionnement défectueux du poumon gauche, on trouve, à l'aide du bronchoscope, une tuméfaction luisante, rouge, non ulcérée, située directement à la racine de la bronche gauche. Après un traitement antisyphilitique de trois semaines, les troubles respiratoires ont considérablement diminué. A la place de la tuméfaction se trouve un diaphragme cicatriciel blanc. Il s'est probablement agi d'une infiltration gommeuse.

Discussion.

TETENS HALD est d'avis qu'il s'agit d'une gomme, mais demande si on a recherché les spirochètes et si on a fait un examen histologique. Les infiltrations tuberculeuses peuvent également disparaître après l'emploi de l'iodure de potassium.

SCHMIEGELOW hésiterait à faire dans un cas semblable une biopsie.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE [1]

Séance du 14 décembre 1906.

Président : FRANKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

FINDER. — **Combinaison de paralysie du récurrent et du voile du palais.** — Homme de 32 ans se plaint depuis trois mois de raucité de la voix. Cartilage aryténoïde droit, glissé un peu en avant, corde droite fixée entre ligne médiane et position cadavérique.

Bord libre, légèrement excavé. La corde gauche dépasse la ligne médiane pendant la phonation, sans atteindre la corde droite. Sensibilité du larynx, intacte.

La cause était un tabès datant de un an. Une autre constatation est celle d'une paralysie du voile, du même côté.

Si le malade respire tranquillement, la bouche ouverte et la langue abaissée, on voit que la luette est déviée à gauche.

L'arc palatin droit postérieur a la forme d'un cercle et est plus large que celui du côté gauche. Quand le malade dit *a*, on ne voit pas du côté droit le pli caractéristique du voile. Quand le malade fait des mouvements de déglutition ou de vomituration, l'arc palatin droit postérieur ne se rapproche pas de la ligne médiane.

La sensibilité du pharynx est normale.

Sont paralysés tous les muscles du voile, qui sont innervés par le pneumo-gastrique droit.

Cette combinaison de paralysie du voile et du récurrent du même côté n'est pas rare. Sa cause est généralement périphérique. Dans le tabès, elle doit être rare.

Discussion.

GRABOWER. — Ce cas paraît être extraordinairement rare. Il est à supposer que, dans ce cas, il existe une dégénérescence très étendue dans les racines motrices du pneumo-gastrique.

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après *Berlin.-Klinisch. Wochensch.*, n° 14, 1907.

SCHOETZ. — **Paralysie des muscles internes.** — Un étudiant vient consulter pour la raucité de la voix. La voix devient quelquefois atone. Le malade a eu, il y a douze ans, une coqueluche qu'il accuse être cause de l'état actuel.

Massage, électricité, inhalations sont restés sans résultat. A l'examen, on croit que la malade a deux cordes vocales de chaque côté, dont les deux inférieures ont le bord tout droit, les deux supérieures, intimement collées aux inférieures, ont le bord excavé. Il s'agit de la paralysie des muscles internes. On pourrait confondre cet état avec une cordite vocale inférieure hypertrophique.

Les chances de guérison pour le malade sont minimes. On pourrait essayer les exercices méthodiques de la voix.

Discussion.

GUTZMANN. — Une restitution intégrale de la voix n'est pas probable. Quand on comprime le larynx du malade latéralement, la voix devient plus claire. On pourrait essayer cette pression latérale pendant les exercices systématiques.

HAIKE. — **Périostite syphilitique.** — Au début de septembre, la malade, une femme du service de Bernhardt, a été envoyée à Haike parce que, en raison d'un gonflement et de douleurs dans la région frontale et maxillaire gauche, on avait supposé une inflammation de ce sinus. A l'examen, on trouve, tuméfaction du côté gauche du nez, sensibilité extraordinaire du rebord orbital, au-dessus de l'angle interne de l'œil. A la diaphanoscopie, le sinus frontal et maxillaire reste sombre.

La céphalée de la malade et ses autres plaintes se sont exaspérées par une résection du cornet. Il y a eu même un ptosis et une protusion du globe. On craignait, à la suite de ces symptômes, une irruption possible du pus dans l'orbite. Une intervention radicale parut s'imposer. Au grand étonnement de l'opérateur, il n'existait pas de sinus frontal, et le sinus ethmoïdal a été reconnu normal. On ouvre le sinus maxillaire et on le trouve normal également. Le diagnostic a dû rester en suspens, mais le malade n'a plus eu par la suite de douleurs notables. Seule la paralysie de la troisième paire est restée.

Il était évident qu'il fallait songer à la syphilis et malgré des dénégations de la malade, on a institué un traitement mixte. Trois semaines après l'opération, la malade a été reconnue amaurotique et malgré un examen ophtalmoscopique continuellement

pratiqué depuis le début de la maladie, la cause de l'amaurose est également restée en suspens jusqu'à ce que, enfin, on a pu diagnostiquer une atrophie de l'optique.

En novembre, il y a eu une légère amélioration dans la paralysie de la troisième paire, qui n'a fait que s'accentuer jusqu'à ce jour. On peut donc supposer qu'il s'est agi chez cette malade d'une périostite syphilitique.

Discussion.

E. MAYER. — Une domestique souffrait de céphalée. On lui a ouvert plusieurs sinus. Complètement aveugle, elle est venue consulter dans le service de Mayer, d'où elle a été envoyée dans un service pour les maladies nerveuses. Là, la région du sinus frontal est devenue douloureuse. Malgré l'absence de tout autre symptôme, on trépane le sinus frontal. Hémorrhagie énorme, mais sinus normal. La malade a été soulagée pour quelque temps. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur du quatrième ventricule.

SCHEIER demande sur quels symptômes rhinologiques on a fait le diagnostic de la sinusite.

HAIKE dit que la muqueuse du cornet moyen a été tuméfiée. Comme on a supposé que l'irruption allait se faire sous l'orbite, on a cru à la suppuration d'un mucocèle.

On a cru en somme aux symptômes d'un empyème fermé.

GUTZMANN. — **Moyen pour rendre visibles les vibrations de la flamme de König.**

GOLDMANN. — **Sarcome du palais.** — Ce cas est remarquable par sa bénignité. Le malade porte la tumeur depuis dix ans. Il n'est nullement gêné par la tumeur, ni pour manger, ni pour parler. Il est préférable d'enlever la tumeur parce qu'on connait des cas qui, après quarante ans d'existence, ont pris des caractères d'une malignité violente.

Discussion.

BRUCK demande quelles sont les relations de la tumeur avec le sinus maxillaire.

GOLDMANN. — Rhinologiquement, tout est normal. L'examen aux rayons X ne donnera pas de résultats.

BARTH. — **Nouvel adénotome.** — Le nouvel appareil constitue

en somme un amygdalotome en forme de l'adénotome de Beckmann.

Instrument annoncé dans les analyses des *Annales*.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 29 octobre 1906.

Président : POLITZER

Secrétaire : HUGO FREY

ALEXANDER. — **Technique de la plastique des brèches rétro-auriculaires.** — Le défaut de la plastique de Passow consiste en ce que les deux étages de suture se trouvent l'un sur l'autre, au milieu de la brèche et manquent ainsi d'une base solide. En conséquence, les sutures se coupent assez souvent et la plastique doit être refaite. Alexander a modifié cette plastique de la façon suivante. On fait autour de la brèche une circoncision excentrique en taillant un lambeau étroit sur le contour postérieur et un lambeau large en avant. De cette façon, la suture de l'étage inférieur est près du contour postérieur de la brèche rétro-auriculaire. La suture supérieure s'appuie sur la face cruentée du large lambeau antérieur et le bord fibreux de l'ancienne brèche rétro-auriculaire. Pour empêcher la rétention, une mèche de gaze est laissée pendant quatre jours. Cette plastique a l'avantage de ne pas perdre son effet même quand les sutures se sont coupées puisque les lambeaux sont appuyés sur des surfaces larges et sur le bord de l'ancienne brèche. De plus, les deux lignes de suture sont distantes l'une de l'autre presque de la largeur de l'ancienne brèche. Souvent, dans les anciennes brèches persistantes, le pavillon a une position anormale : il tombe un peu en avant et de côté. Cette anomalie est corrigée par cette plastique. Elle peut être exécutée sous anesthésie locale (L'article a paru dans *Archiv. f. Ohrenh.*, tome LXX, nos 1 et 2).

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après le *Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 3, 1907.

ALEXANDER. — *a*) **Otite moyenne suppurée chronique. Cholestéatome. Obstruction totale par ossification de la fenêtre ronde et ovale.** — L'intérêt de ce cas est dans l'ossification des deux fenêtres. Le cholestéatome doit être la cause de ce fait rare. Le cholestéatome peut avoir une double action sur l'os ou sa résorption par usure où il provoque une éburnation de l'os. *b*) **Otite chronique moyenne suppurée droite. Cholestéatome. Thrombophlébite. Opération radicale. Ligature de la veine jugulaire interne. Ouverture de la fosse cérébrale moyenne. Nettoyage du sinus et guérison.** *c*) **Otite moyenne suppurée compliquée de pyémie.** — Après trépanation de l'oreille moyenne, nettoyage du sinus, extraction d'un petit cholestéatome et ligature de la jugulaire, le malade a parfaitement guéri. Ces deux exemples sont capables d'illustrer la technique suivie dans ces cas. Il faut enlever tout ce qui est malade et pousser encore au delà. Avant l'opération sur l'oreille, on va toujours à la recherche de la jugulaire interne. Si elle contient du sang, on fait une ligature, sinon on établit une fistule (Alexander) et s'il existe une périphlébite avec thrombose, on fait l'extirpation de la jugulaire. *d*) **Otite moyenne suppurée chronique gauche. Cholestéatome. Opération radicale. Guérison. Labyrinthite aiguë circonscrite au cours de la guérison.** — Une jeune fille de 14 ans a une otorrhée *gauche* depuis l'âge de 12 ans. Il s'est formé une fistule mastoïdienne qui, de temps en temps, laisse sécréter du pus fétide. Par cette fistule, une sonde introduite tombe sur des masses cholestéatomateuses. Le tympan est en grande partie détruit, le marteau est conservé. Pas de vertige, pas de céphalée, voix haute à 6 mètres, voix chuchotée à 1 mètre, Weber gauche, Schwabach augmenté, Rinne négatif. Limite supérieure normale. Limite inférieure remontée. Léger nystagmus rotatoire à droite. Pas de troubles de l'équilibre.

Opération le 17 septembre 1906. Pendant l'opération typique on enlève un cholestéatome derrière le canal circulaire. L'examen bactériologique montre la présence du bactérium coli, du pyocyaneus et des streptocoques.

Examen des yeux après l'opération (*g*) *d* = nystagmus rotatoire. A 6 heures et demie du soir (*g* >) *d* nystagmus en diminuant.

Le 18 septembre 1906, nuit tranquille. Nystagmus (*g* >) *d*. Vertiges.

Le 19 septembre 1906, nystagmus (*d* >) *g*. Vers 4 heures, vomissement brusque et vertige. Nystagmus violent vers le côté sain. Pas de nystagmus à gauche. Le malade reste dans le décubitus dorsal, toute autre position augmente le vertige.

Le 19 septembre 1906, à 7 heures du soir, le nystagmus à droite a beaucoup diminué, mais il est encore très prononcé au regard vers le côté malade (côté gauche). Les vomissements ont cessé. Etat subjectif : bon.

Le 20 septembre, nuit tranquille. Nystagmus *à droite* (en diminuant). Pas de céphalée. Vertige dans la position assise. Vomissements le soir. Changement de pansement. Un peu de pus fétide.

Le 24 septembre, état subjectif : bon. Vertige à peine marqué. Nystagmus existe seulement à droite mais à peine prononcé. Pas de vomissements.

Le 29 septembre, léger nystagmus rotatoire à droite.

Le 4 octobre 1906, plaie en guérison. Le malade quitte l'hôpital, entend la voix haute jusqu'à 3 mètres. L'appareil vestibulaire possède son excitabilité calorique et galvanique. Il n'existe pas de vertige et pas de nystagmus spontané.

En résumant ce cas, on voit que chez une malade atteinte d'otorrhée chronique avec oreille interne normale, se développent, 24 heures après la radicale, les phénomènes d'une irritation du labyrinthe : vertige, vomissements, nystagmus. Cette affection du labyrinthe dure une semaine et disparaît complètement. Il est impossible de dire au juste de quoi il s'est agi. Un traumatisme peut être exclu. On peut songer à une labyrinthite séreuse, peut-être infectieuse. Pendant cette labyrinthite, on a pu constater le nystagmus rotatoire vers le côté sain, une direction du nystagmus qui est caractéristique pour la diminution et même pour la perte totale de l'excitabilité du labyrinthe. Avec le réveil de l'excitabilité du labyrinthe, le nystagmus, dirigé du côté malade, a réapparu. Enfin, après disparition de la labyrinthite, le nystagmus spontané a disparu également.

E. Urbantschitsch. — **Tuberculose commençante de l'oreille moyenne.** — Garçon de 9 ans et demi se plaint, à la suite d'un traumatisme de céphalée. Huit jours plus tard, il saigne de l'oreille, trois semaines plus tard, mastoïdite. Tous les dix jours, l'oreille saigne. A l'examen, on trouve un grand polype dans le conduit. Après ablation, le tympan paraît un peu rétracté et, au milieu, on voit un petit nodule gros comme un grain de chènevis. Quelques jours plus tard, deux autres nodules ont apparu, le poumon est tuberculeux.

Discussion.

POLITZER. — Ces nodules ont été décrits par Schwartze et Politzer. Ils s'ulcèrent très vite et occasionnent des perforations du tympan. Il est étonnant que cette ulcération manque dans le cas de Urbantschitsch. Un examen bactériologique est nécessaire mais son résultat négatif ne prouverait rien.

NEUMANN. — **Présentation de cas.** — *a*) Un garçon de 8 ans a une perte de connaissance pendant trois jours à la suite d'une chute. Hémorrhagie par l'oreille et le nez. Quand il revient à lui, il se plaint de céphalée, vertige, fièvre, suppuration de l'oreille droite. A l'examen, chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. Tympan rouge, sécrétion fétide, apophyse mastoïde douloureuse, surdité complète. L'opération fait reconnaître l'existence d'une fissure allant de l'apophyse mastoïde jusqu'à la suture lambdoïde. La fissure est en suppuration. Vers l'oreille moyenne, la fissure s'étend dans la partie vestibulaire de la pyramide. Résection des bords de la fissure, ouverture du labyrinthe. Guérison. *b*) Chez un autre malade, atteint de pyémie otogène, la guérison a été obtenue parce que les masses thrombosées ont été recherchées jusque dans le sinus sagittal. Le résultat dans la thrombophlébite est souvent compromis par le fait qu'on néglige la partie périphérique du sinus. *c*) Ce cas est présenté également pour montrer la nécessité d'avancer dans le sinus thrombosé jusqu'à ce qu'on obtienne une pleine hémorrhagie. *d*) Malade atteinte d'otite aiguë, thrombose du sinus et pyémie. Le sinus a été ouvert sans résultat par un autre chirurgien. Une intervention large de Neumann (ouverture du golfe) n'a pas davantage enrayé la pyémie. Une injection de 100 grammes de sérum antistreptococcique est restée négative et enfin le collargol, administré en lavements, a amené la défervescence. *e*) Chez un malade atteint de thrombose du sinus et de suppuration du labyrinthe, Neumann a enlevé la paroi postérieure de la pyramide et tari ainsi la suppuration du labyrinthe et du sinus. *f*) Le dernier malade présenté a eu, en mars, une paralysie complète du facial. Six semaines plus tard, cet homme était sourd des deux oreilles. Perte complète de l'excitabilité de l'appareil vestibulaire : pas de nystagmus, pas de vertige, atonie particulière et troubles de l'équilibre. Sur l'irritation calorique et rotatoire aucune réaction, mais réaction conservée sur le courant galvanique. Ce cas prouve que l'excitation

calorique et rotatoire s'adresse à l'appareil terminal, tandis que l'excitation galvanique s'adresse au nerf directement. Ce fait peut être utile pour le diagnostic différentiel.

BARANY. — **Rotation et épreuve du toucher.** — En collaboration avec Sachs (oculiste), Barany a recherché l'épreuve du toucher (Tastversuch). L'épreuve consiste en ce que l'on place un sujet à la distance de 1 mètre d'un objet qu'il doit fixer pendant un moment. Ensuite le sujet doit diriger la main vers l'objet en tenant les yeux fermés. Pendant cette expérience on voit que si l'abducteur droit, par exemple, est paralysé, le malade montre constamment en dehors de l'objet, s'agit-il d'une contracture du muscle, il montrera en dedans. Si on tourne un sujet avec appareil vestibulaire normal dix fois à gauche, il montrera à l'arrêt fortement à gauche de l'objet, et *vice versa* si on le tourne à droite. Ce trouble disparaît assez vite. Il faut considérer ce trouble comme dû à un mouvement de réaction. Le sujet, après avoir été tourné à gauche, a, à l'arrêt, l'impression d'être tourné à droite et il montrera en conséquence à gauche puisque sa position avec le monde extérieur n'a pas changé.

POLITZER. — **Diagnostic incertain.** — Jeune homme de 21 ans se plaint, en mai 1906, de dureté de l'oreille. Juin : Légère paralysie du facial gauche. Œil normal, moteur commun de l'œil intact. Abducteur parésié, tympan rétracté, voix haute 1 mètre et demi, voix chuchotée 0. Perception osseuse normale, Weber à droite, Schwabach diminué, nystagmus à droite, nystagmus calorique manque. Corde gauche position cadavérique. La langue dévie un peu à gauche, tremblement léger des extrémités à gauche. Autrement sensibilité et motilité normales. Il s'agit probablement d'une tumeur sise à la base du crâne, pas assez grande pour provoquer des grands phénomènes de compression.

E. URBANTSCHITSCH. — **Sur l'isoforme.** — L'isoforme a été très vanté par Heine comme non toxique. Urbantschitsch a observé les trois intoxications suivantes : *a*) après introduction d'une mèche à l'isoforme à 10 $^0/_0$, convulsions qui cessent après l'enlèvement de la mèche ; *b*) malade quitte la clinique avec une mèche à l'isoforme, syncope en chemin de fer, guérison après enlèvement de la mèche ; *c*) application d'une émulsion à l'isoforme à 5 $^0/_0$. Le lendemain, l'enfant a du vertige et des vomissements. Nouvelle

application provoque les mêmes symptômes qui disparaissent après suppression de l'isoforme.

Discussion.

ALEXANDER a également employé l'isoforme et ne peut pas s'expliquer comment Heine a obtenu de si bons résultats. La gaze à l'isoforme ne draine pas et n'a pas d'action sur la fétidité de la suppuration. L'isoforme est inodore et blanc. Ce sont ses seuls avantages.

Séance du 26 septembre 1906.

Président : URBANTSCHITSCH

Secrétaire : FREY

BARANY. — **Paralysie combinée des yeux avec déviation conjuguée.** — La malade ne peut pas regarder à droite, et tient la tête tournée du côté gauche. Par un lavage de l'oreille droite à l'eau froide, la malade peut tourner les yeux lentement du côté droit.

V. URBANTSCHITSCH. — a) **Coloration bleue de la partie postéro-supérieure du tympan.** — Quand avec cette coloration s'associe un bombement du tympan, il faut songer, surtout après les interventions, au sinus ou à la dure-mère. Dans les parties inférieures du tympan, le golfe de la veine jugulaire peut paraître bleu. *b*) **Lupus du lobule du nez**, chez une jeune fille de 20 ans. Le lupus a résisté au traitement par les rayons X et par le radium (25 séances). Guérison presque complète par le thermo-cautère. *c*) **Perforation du pavillon** chez un enfant de 5 semaines. Il s'agit probablement d'un furoncle qui a perforé le pavillon. Il n'y a pas de traces de tuberculose ni de syphilis.

Discussion.

MAX rappelle un cas analogue à ce dernier cas, présenté par lui à la Société avec diagnostic de gangrène du pavillon.

POLITZER. — A propos du tympan bleu, il en rappelle les causes anatomiques. Il peut s'agir d'un kyste du tympan contenant un liquide visqueux ; dans d'autres cas, après des opérations, des parcelles de muqueuse incomplètement curetée qui se transforment en kyste.

NEUMANN. — Présentation de cas. a) **Abcès cérébral otogène, compliqué de pyémie. Guérison.** — Evidement d'un grand abcès du lobe temporal. Grand prolapsus du cerveau. La fièvre se rallume au bout d'un mois et demi. On vide un abcès du poumon. Deux mois plus tard, nouvel abcès du poumon. Le malade est guéri. Les abcès étaient dus aux anaérobies. Les abcès du cerveau dus aux anaérobies ne forment pas de capsules. *b*) **Abcès cérébral otogène.** — Fillette de 4 ans, surdité complète. Appareil vestibulaire non irritable. Nystagmus. Ces symptômes sont dûs à un abcès extra-dural. Après opération, le nystagmus change de côté (côté malade). En se basant sur ce symptôme, Neumann diagnostique un abcès du cervelet, qui est trouvé, en effet, à l'opération. Ce cas prouve l'importance du changement du nystagmus. Le nystagmus va, dans la labyrinthite diffuse, vers le côté sain et il persiste quand le labyrinthe est détruit ou enlevé parce qu'il est provoqué par le côté sain. Si, malgré l'élimination du labyrinthe, le nystagmus se montre du côté malade, il doit avoir une cause ou cérébelleuse ou méningitique. Si l'ouverture du labyrinthe n'est pas réellement totale, il est toujours possible que des éléments persistants du labyrinthe malade puissent provoquer ce nystagmus. Donc, pour bien reconnaître la valeur du nystagmus post-opératoire, l'élimination radicale du labyrinthe est condition nécessaire. *c*) **Opération radicale sous anesthésie locale.** — Le limaçon et l'appareil vestibulaire étaient irritables, pas de nystagmus. Dans les anamnestiques, vomissements et vertige. Après l'opération, la malade se rend à pied dans sa chambre. Le lendemain, troubles du côté du labyrinthe. Neumann suppose une affection de la paroi du labyrinthe et ouvre le pansement. Expectation. Guérison. *d*) **Tympan intact et méningite.** — La malade est présentée. La ponction lombaire donne du streptocoque. Neumann relatera la suite.

RUTTIN. — **Contribution à la technique histologique du labyrinthe membraneux.**

ALT. — **Appareil acoustique.** — Cet appareil consiste en un

microphone, téléphone, pile sèche et des fils. Il pèse 625 grammes et se laisse facilement cacher dans la poche du vêtement. Le sourd entend, avec cet appareil, la voix la plus faible. Cet appareil a prouvé son utilité chez des gens atteints de surdité à un haut degré (Chez Deckert et Homolka, prix 25 k). Mais l'idéal pour les sourds n'est pas d'entendre la voix d'une seule personne parlant dans une certaine direction, mais d'entendre de loin et dans différentes directions. A cet effet, Alt a modifié un micro-téléphone qu'il a expérimenté avec succès dans beaucoup de cas.

Discussion.

Kauffmann rappelle que la maison Siemens et Halske a construit il y a trois ans un appareil analogue qui a permis au malade de s'entretenir en même temps avec quatre personnes à la fois. Aussi ingénieux que soient ces appareils en théorie, le résultat pratique dépend de ce que l'oreille du sourd peut percevoir.

Frey. — Le principe de ces appareils est ancien et souvent mis en pratique. Tous ces appareils supposent que l'interlocuteur se trouve dans la proximité de l'appareil. Pour rendre des services réels, un appareil semblable devrait permettre de parler à une plus grande distance.

Alt dit qu'il a démontré ces appareils parce qu'il a entendu dire que de l'Amérique des appareils semblables allaient être prochainement envoyés.

Politzer. — **Méningite labyrinthogène.** — Homme de 54 ans, atteint depuis vingt ans d'otorrhée. Trépanation de l'antre, ouverture de la fosse cérébrale moyenne, incision de la dure-mère. Les jours suivants, vertige, vomissements, délire. Nouvelle ouverture de la fosse cérébrale moyenne et postérieure et du sinus. Mort quinze jours plus tard. A l'autopsie, des traces de méningite ancienne et récente, streptocoques. A l'examen histologique, le ligament annulaire est détruit, la plaque de l'étrier luxée en dedans, recouverte d'une membrane fibrino-purulente. Le promontoire cassé en deux morceaux. Le morceau inférieur recouvert de granulations. Fenêtre ronde perforée. Pus et granulations sont entrés d'ici dans le limaçon. La membrane basale du limaçon remplie de granulations. Les deux rampes remplies de pus. Le reste du limaçon également en suppuration.

Alexander. — **Deux cas de thrombose otogène du sinus.** — Les

2 cas ont été opérés et guéris d'après son procédé (fistule de la jugulaire).

Séance du 18 décembre 1906.

Barany. — **Recherches sur les mouvements réflexes des yeux, de cause vestibulaire et optique, et leur valeur pour le diagnostic topique des paralysies des muscles de l'œil.** — L'auteur montre qu'on ne s'est pas encore suffisamment occupé des mouvements réflexes des yeux. Le nystagmus réflexe surtout n'a pas encore été employé pour le diagnostic des paralysies des muscles de l'œil. L'auteur décrit ensuite sa méthode d'examen (publiée en détail dans *Monatsch. f. Ohrenh.*, 1906). Il relate ensuite l'histoire d'une malade pour illustrer sa théorie et ajoute un schéma pour montrer les relations qui existent entre le nystagmus vestibulaire et les paralysies des muscles de l'œil. Il termine par huit conclusions dont l'intérêt échappe aux otologistes et touche plutôt les neurologistes et les ophtalmologistes.

Séance du 28 janvier 1907.

Politzer. — **Deux cas d'exostose du conduit externe.** — Une jeune fille de 19 ans se plaint de surdité (Voix haute 1 mètre). On trouve une large exostose dans le conduit droit. Opération sous anesthésie locale. Guérison en quinze jours. Dans un autre cas, tout récent, Politzer a enlevé une exostose occupant la périphérie presque entière du conduit. Anesthésie locale.

Alexander. — a) **Otite moyenne chronique tuberculeuse. Cholestéatome. Fistules multiples du labyrinthe.** — Il s'agit d'un tuberculeux chez lequel l'ouverture de l'antre était devenue nécessaire à cause de l'état local de l'oreille. L'appareil vestibulaire à gauche réagit mal à l'excitation calorique et à la rotation. Pas de nystagmus spontané, pas de troubles de l'équilibre. Pendant l'opération, on a dû avancer à travers le limaçon jusque dans le con-

duit interne. La pointe de la pyramide a dû être enlevée. Le fond de la brèche opératoire est en partie constitué par la carotide interne. Fistule du promontoire, du canal latéral, du canal postérieur. Après résection de ces canaux et le curetage du limaçon il s'échappe un liquide clair. Suites ordinaires. Malheureusement l'état du larynx et des poumons est mauvais.

ALEXANDER a eu occasion d'opérer 5 autres cas de tuberculose du temporal. Les résultats locaux immédiats étaient toujours bons, mais un seul cas a guéri complètement. Les autres opérés sont morts de méningite tuberculeuse trois ou six mois après l'opération. Tous ces opérés avaient repris, après l'opération, leurs occupations professionnelles.

Dans une note additionnelle, Alexander rapporte que son dernier opéré a survécu à l'opération un mois seulement. Il est mort de tuberculose du larynx et du poumon. A l'autopsie, à part les lésions banales, on a trouvé une méningite tuberculeuse.

b) **Otite moyenne suppurée aiguë. Thrombose du sinus. Pyémie. Opération. Guérison.** — La veine jugulaire a été ligaturée. Elle contenait du sang non coagulé. Le sinus a été largement ouvert. Il contenait des masses thrombosées qui ont été enlevées. Le cas est intéressant surtout parce que dans cette otite aiguë, il n'y a pas eu perforation du tympan. L'enfant était tellement infecté qu'on n'a même pas essayé la paracentèse.

c) **A propos des fistules du labyrinthe.** — Les fistules du labyrinthe se trouvent généralement dans les otites cholestéatomateuses, mais on ne connait pas encore un cas de fistule du labyrinthe consécutive à une otite moyenne aiguë, et reconnue avant l'opération par l'examen fonctionnel. Le cas suivant est intéressant sous ce rapport.

Un homme de 22 ans est atteint d'otorrhée à droite depuis avril 1896 (probablement 1906). Céphalée en été 1906 avec un vertige durant deux jours. Depuis, le malade a des vertiges quand il tousse, quand il se lave, etc. Le 30 décembre 1906, le malade a de violents maux de tête avec nausées. A l'examen, 5 janvier 1907, l'oreille gauche est normale ; à droite, tympan non visible, conduit rétréci, chute de la paroi postérieure, tuméfaction modérée de l'apophyse ; otorrhée fétide. Voix haute à 5 mètres. Voix chuchotée, à l'oreille. Nystagmus rotatoire spontané à gauche. A la compression de l'air du conduit externe, nystagmus à droite. A l'aspiration de l'air, nystagmus à gauche. Opération sous anes-

thésie locale. Sur la convexité du canal latéral on trouve une fistule fine. Quand on la touche, on provoque, vertige, nystagmus et nausées. Immédiatement après l'opération, nystagmus faible vers le côté sain. Une heure plus tard, pas de nystagmus, pas de vertige. Trois jours plus tard, le malade se lève.

Le diagnostic de fistule du labyrinthe a été fait ici parce que l'appareil vestibulaire a réagi sous la compression de l'air dans le conduit externe. Il est vrai que même dans des conditions normales, la compression de l'air du conduit externe peut provoquer le vertige et les nausées (On voit cela dans l'expérience de Gellé). Mais quand la réaction est très vive, elle est toujours pathologique, elle montre que la paroi séparant la caisse du labyrinthe, rigide en dehors des deux fenêtres, a cédé en un point.

Cette réaction indique la fistule du labyrinthe. Il peut s'agir d'une destruction de l'os, avec endoste et labyrinthe membraneux normaux. Il peut s'agir de la destruction de l'os et de l'endoste. Pour différencier ces deux lésions, l'examen fonctionnel de l'audition est intéressant. Dans la suppuration chronique avec fistule du labyrinthe, il s'agira la plupart du temps de surdité, d'absence d'irritabilité de l'appareil vestibulaire et du nystagmus vers le côté sain. Si, au contraire, l'audition est bonne, si l'appareil vestibulaire est conservé, on pourra admettre, grâce au signe de la compression de l'air, ou une labyrinthite circonscrite (fistule) ou une forme très légère de labyrinthite. Ces deux formes se laissent plus difficilement distinguer l'une de l'autre.

Pourquoi, dans un cas de fistule du labyrinthe, y a-t-il des troubles graves et pourquoi, dans un autre, les phénomènes sont-ils légers ? La réponse est qu'une fistule du labyrinthe peut être et le commencement et la fin d'une affection de l'oreille interne. Généralement, la fistule est le signe de la terminaison d'une suppuration du labyrinthe. Il est plus rare que la fistule du labyrinthe présente le premier stade de la labyrinthite. C'est le cas dans l'observation citée. Le malade en question a des troubles quand il tousse, quand il se lave et quand on augmente la pression dans sa caisse. Il est probable que la fistule, chez le malade, a débuté en été 1906. Pour arrêter la marche de la maladie, il a suffi de guérir le foyer dans l'oreille moyenne. Deux semaines après l'opération, le signe par l'air comprimé était négatif. Les fonctions de l'oreille interne sont conservées.

d) **Labyrinthite post-opératoire.** — Garçon de 12 ans est opéré d'une otite moyenne suppurée chronique à droite. On enlève un

cholestéatome. Quatre jours après l'opération, nystagmus rotatoire spontané des deux côtés, vomissements. Le malade est couché du côté gauche. Le lendemain, le nystagmus dirigé vers le côté sain. Kernig, hypéresthésie cutanée. Huit jours après l'opération, décubitus dorsal, nystagmus horizontal lent vers le côté malade, nystagmus fréquent, horizontal, petit au regard vers le côté sain. Légère parésie de la branche ophtalmique du facial. Après une accentuation de la paralysie faciale, tout rentre dans l'ordre. Alexander avait déjà présenté un autre cas de labyrinthite séreuse post-opératoire analogue à peu près au cas actuel.

NEUMANN. — a) **Début de méningite otogène. Labyrinthite. Opération. Guérison.** — Jeune femme de 23 ans est opérée d'otite moyenne suppurée chronique gauche pour carie complète de la paroi interne de la caisse. Examen fonctionnel avant l'opération : voix haute $0^m,10$. voix chuchotée 0. Diapason A n'est pas entendu. Limite supérieure abaissée. Gamme continuelle des sons permet de constater une surdité complète. Nystagmus spontané bilatéral, plus prononcé du côté malade.

A part un peu de céphalée, la malade va bien et quitte l'hôpital au bout de dix jours. Trois jours plus tard, elle y est ramenée avec vertige, céphalée, vomissements, troubles de la connaissance, rigidité de la nuque, haute température, inexcitabilité de l'appareil vestibulaire, grand nystagmus du côté sain. Diagnostic : labyrinthite. A l'opération on trouve du pus fétide dans le labyrinthe, des granulations, un petit séquestre près des canaux circulaires. Après extraction de ce séquestre, une fistule conduit vers le canal postérieur. On enlève de même la paroi postérieure du vestibule séquestré. Incision de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure qui laisse échapper un liquide louche. Ponction lombaire donne un liquide louche avec un sédiment riche, mais sans microorganismes.

Quelques jours après l'opération, surdité complète à gauche, inexcitabilité calorique et rotatoire de l'appareil vestibulaire. Conservation de l'irritation galvanique.

Ce cas confirme l'opinion de Neumann que la destruction de la paroi interne de la caisse est généralement accompagnée de surdité très prononcée, qu'à la suite des interventions intra-tympanales, une labyrinthite circonscrite peut s'étendre sur tout le labyrinthe et provoquer rapidement des complications crâniennes. La méningite a été arrêtée au début par l'intervention rapide. On voit également que le nystagmus calorique et rotatoire

dépend de l'appareil terminal et que le nystagmus galvanique est provoqué par le nerf acoustique. Ces notions sont importantes pour le diagnostic différentiel du siège labyrinthique ou rétro-labyrinthique d'une lésion.

e) **Labyrinthite circonscrite. Début de méningite. Opération. Guérison.** — Ce cas à peu près analogue au précédent. A l'examen, conduit droit tuméfié, caisse remplie de polypes, pression sur les polypes provoque le vertige, surdité complète. Nystagmus du côté *malade.* L'appareil vestibulaire normalement irritable. Romberg positif. Les yeux fermés, le malade tombe à gauche quand il marche. Compression et raréfaction de l'air dans le conduit externe provoquent le nystagmus. Vomissements, vertige, céphalée, rigidité de la nuque. Température 38,8 ; on diagnostique, labyrinthique circonscrite avec fistule et méningite commençante. Opération. Guérison au bout de deux mois.

Discussion.

Hammerschlag. — Le premier cas présenté est intéressant par le fait qu'après destruction du labyrinthe osseux, le nystagmus est dirigé du côté opposé.

Barany rappelle les expériences, faites à Berlin, qui prouvent que le nystagmus peut être encore provoqué par le bulbe après destruction des deux labyrinthes. C'est ainsi qu'on peut expliquer le cas de Neumann. Il est probable que le courant touche le noyau de Deiters et provoque ainsi le nystagmus. C'est pour la première fois que cette expérience est faite sur l'homme. Quant à l'explication que le nystagmus est dirigé du côté sain après destruction d'un labyrinthe qui a fonctionné, il est inutile de croire à une irritation de l'autre labyrinthe. Il faut plutôt admettre une fonction anormale des centres. Les travaux de Jansen et Abels renseigneront sur ce point.

Politzer remarque que Neumann n'a pas appelé l'attention sur la difficulté de la technique. Dans les deux cas, le facial à été conservé tandis que, d'après l'ancienne technique, la lésion du facial était inévitable.

Frey rappelle que dans le temps on a prétendu, qu'après destruction complète du limaçon, l'acoustique pouvait encore être irrité par les ondes sonores. Dans le cas de Neumann, on voit que l'excitation galvanique du nerf a pu provoquer dans le centre le

même effet que provoque ordinairement l'irritation partant de l'organe du sens périphérique.

HAMMERSCHLAG ne peut pas admettre, comme vient de le dire Frey, qu'un nerf sensoriel réponde spécifiquement à des irritants quand il est privé de son organe terminal.

NEUMANN remercie Politzer d'avoir reconnu les difficultés qu'il a eues à surmonter dans ces 2 cas. Répondant à Barany, il ne peut pas admettre que le nystagmus soit d'origine centrale. Il lui paraît être de cause rétro-labyrinthique. S'il part du nerf ou des centres, les expériences en cours sur les animaux le prouveront.

SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (1)

15e réunion tenue à Amsterdam les 12 et 13 mai 1906.

Président : ZWAARDEMAKER

MÜLDER (Haarlem). — **Le bégaiement chez les écoliers.** — 1 % des écoliers sont atteints de bégaiement, les garçons à 1,64 %, les filles 0,44 %. Il est impossible de savoir si le bégaiement augmente avec les années. Cette infirmité a été souvent constatée avant l'âge de 3 ans. Sur 526 enfants, il y a eu plusieurs bègues dans la même famille dans une proportion de 40 %. Gutzmann croit que la différence de fréquence du bégaiement dans les deux sexes est due au type respiratoire. Mülder croit que le bégaiement est héréditaire, congénital. Le bégaiement est réuni à d'autres troubles nerveux et souvent aussi à une intelligence diminuée. Mülder recommande l'établissement d'une école pour bègues.

POSTHUMUS MEYES (Amsterdam). — **Traitement du bégaiement.** — Il existe aujourd'hui quatre méthodes : celles de Gutzmann, de Liebmann, de Chervin et une combinaison de la méthode respiratoire et chuchotée. Quand le bégaiement n'est pas très développé,

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch., f. Ohrenh.*, n° 3, 1907.

les élèves peuvent apprendre le parler normal en dehors des heures ordinaires de classe. Les autres doivent suivre des écoles spéciales.

HEILBRONNER (Utrecht). — **Remarques neurologiques sur le bégaiement.** — Le neurologue voit 2 cas différents de bégaiement. 1° Le bégaiement aphasique, les troubles de langage dans la paralysie progressive et ceux consécutifs aux attaques d'épilepsie; 2° les formes qui suivent le mutisme, surtout le bégaiement post-traumatique. Cette forme a une analogie chez les enfants qui deviennent bègues brusquement après une frayeur. Ici se range le bégaiement imitatoire. Dans le premier groupe, il existe une perte centrale, une parésie facio-linguale. Dans le bégaiement, on voit des troubles analogues à ceux de la chorée, où il faut également distinguer entre les lésions organiques et fonctionnelles.

Dans le deuxième groupe, il ne s'agit pas de ces troubles. Il est difficile de dire s'il s'agit d'hystérie. La parenté avec le tic est également évidente.

Au point de vue étiologique, on peut distinguer entre les lésions congénitales, héréditaires, intra-utérines et les troubles généraux qui constituent une prédisposition aux anomalies nerveuses. Pour le pronostic, il faut songer aux lésions du foyer dans le bégaiement tenace des personnes sans tare nerveuse. Au point de vue thérapeutique, l'auteur considère la méthode de l'éducation du parler physiologique conscient comme une méthode rationnelle, seulement quand il s'agit d'une lésion dans l'appareil moteur. Autrement, cette méthode ne peut agir que par la suggestion. Il faut se méfier d'exagérer une méthode. Le traitement du bégaiement ne doit pas être confié à un professeur, mais est une question de thérapeutique et doit être dirigé par un médecin.

QUIX (Utrecht). — **Les mouvements des muscles dans le bégaiement.**

Discussion.

POLAK. — Les fréquentes guérisons du bégaiement plaident contre l'hypothèse d'une lésion cérébrale.

BRAT croit que le bégaiement augmente en classe avec les années. Chez les bègues, les adénoïdes sont plus fréquentes que chez les autres. Le facteur de l'hérédité n'est pas aussi important que le croit Mülder.

ZWAARDEMACKER demande si le groupe des bègues nerveux n'est

pas beaucoup plus important que l'autre. L'incontinence nocturne se voit chez les enfants nerveux. Il croit qu'une lésion corticale ou sous-corticale près du centre de la parole est probable.

Heilbronner dit qu'une lésion organique se voit dans la minorité des cas. Le bégaiement n'est pas une entité morbide. Il ne croit pas qu'une guérison totale soit possible. La comparaison avec l'incontinence lui paraît juste.

Mülder dit qu'on exagère la valeur de l'influence psychique. Il croit qu'elle est tout à fait accidentelle et possible seulement quand il s'agit d'une prédisposition héréditaire. Quant à la relation des adénoïdes et du bégaiement, les recherches devront encore être faites.

Posthumus Meyes. — **Démonstration.** — *a*) Paralysie du récurrent; *b*) plusieurs cas de carcinome du larynx; *c*) tumeur du maxillaire supérieur; *d*) tuberculome du larynx guéri par attouchement avec l'acide lactique et formaline (formaline 1 gr. 50, acide lactique 10 grammes, glycérine 4 grammes, eau distillée 20 grammes).

Bürger. — **Démonstrations.** — *a*) Polype du naso-pharynx, amélioration par galvanocaustie ; *b*) kyste dermoïde artificiel dû à une opération.

Ten Cate (Amsterdam). — **Démonstration d'une oreille artificielle en aluminium.**

Zwaardemacker. — **Le symptôme de Stard-Cholewa dans l'otosclérose.** — Aux symptômes connus de : 1° absence du registre grave ; 2° paracousie de Willis ; 3° augmentation initiale et abaissement consécutif de la limite supérieure, Zwaardemacker ajoute comme quatrième symptôme, l'insensibilité tactile pour une masse d'air en mouvement. Ce mouvement massif de l'air est provoqué par un diapason chargé (trente-deux vibrations). Un homme avec ouïe normale a la sensation tactile de ce mouvement sur le tympan même quand la sensation acoustique a cessé. Un homme atteint d'oto-sclérose ne sent pas ce mouvement, quand l'audition est tombée à moins de 2 mètres pour la voix chuchotée. Ce symptôme est identique au symptôme de l'anesthésie du tympan décrit par Itard et Cholewa. Ce symptôme se trouve, en dehors de la sclérose, dans les grandes cicatrices du tympan, dans l'hystérie.

Les malades atteints de labyrinthite ont encore une sensation tactile très nette, même quand l'audition est tombée à moins de 2 mètres.

STRUYCKEN (Bréda). — **Traitement de la sinusite frontale.** — Struycken propose une trépanation du sinus dans la région de l'angle interne de l'œil, dans les cas qui ne demandent pas les grandes interventions connues.

SCHUTTER (Groningen). — **Résection sous-muqueuse de la cloison d'après Krieg.** — Il la préfère à l'opération de Killian.

MOLL (Arnheim). — *a*) **Guérison** d'une sinusite frontale par l'opération combinée de Killian et de Moure. *b*) **Traitement secondaire** après la radicale. Moll ne fait pas de tamponnement, ni de plastique. Il enlève la paroi postérieure du conduit entre deux incisions, le cartilage est réséqué et le lambeau cutané fixé.

BURGER (Amsterdam). — **Traitement de la labyrinthite secondaire.** — Depuis la publication de Zeroni, Bürger a pu suivre un cas de labyrinthite et méningite mortelle consécutif à une radicale. Chez un enfant, on découvre une carie dans la paroi du labyrinthe.

Peu après la radicale, symptômes de méningite, nouvelle opération. Ouverture du vestibule et de la fosse cérébrale postérieure. Mort. A l'autopsie, une carie dans le canal circulaire postérieur d'où était partie l'infection des méninges. En s'appuyant sur ce cas, Bürger indique le traitement de la labyrinthite secondaire. Dans quelques cas la trépanation totale suffit, même si la paroi du labyrinthe est malade. Il ne faut pas aller dans tous les cas dans le labyrinthe. Quand il existe des complications intracrâniennes au début de méningite, il faut ouvrir le labyrinthe malade et le foyer intra-crânien.

Quand les phénomènes méningés menaçants manquent, un opérateur habile peut attendre, même en présence d'une fistule suppurée du labyrinthe.

KAN (Leyde). — **Démonstrations.** — a) Röntgenogramme d'un étui de crayon aspiré dans une bronche et expectoré, *b*) morceau d'os enlevé de l'œsophage par œsophagotomie ; c) résection cunéiforme du pavillon pour épithélioma ; *d*) photographie stéréoscopique d'une malformation bilatérale de l'oreille d'un enfant ;

e) ostéomyélite double du temporal post-scarlatineux, suivie de séquestration d'une partie du labyrinthe gauche; *f*) épingle de sûreté ouverte dans l'œsophage d'un enfant, extraction par la pince laryngienne de Jurasz; *g*) opération radicale bilatérale du sinus frontal.

SCHUTTER. — **Abcès du cervelet.** — Jeune fille de 18 ans, atteinte d'otorrhée depuis 10 ans, se plaint de céphalée, vomissements, vertige. Huit jours plus tard, paralysie du facial. Radicale. Quinze jours plus tard, réapparition de céphalée, vertige, vomissements qui avaient disparu. Parésie de l'abducteur droit. Dysarthrie, neuro-rétinite hémorragique double. Quelques jours plus tard, parésie et ataxie des extrémités droites. Deuxième opération. Sinus et dure-mère sont normaux. Troisième opération quatre jours plus tard. La ponction du lobe temporal reste blanche. Par contre, on vide un volumineux abcès du cervelet. A l'autopsie, pas de méningite, pas d'abcès dans le cerveau. Sinus normaux. Cervelet transformé en vaste abcès. Dans le temporal un séquestre constitué par le vestibule et les canaux semi-circulaires. L'auteur fait remarquer la dysarthrie qui existait dans ce cas, trouvaille rare dans la littérature otologique. Les auteurs hollandais ont mis en relief la valeur du cervelet pour le langage articulé.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 11 décembre 1906.

Président : PASSOW

Secrétaire : SCHWABACH

BRUCK. — **A propos du tympan bleu.** — Dans un cas présenté par Bruck, on a émis l'hypothèse que la coloration bleu du tympan du malade était due, d'après les uns, aux varices, d'après les autres, à un épanchement sanguin. Bruck a gagné la conviction qu'il s'agissait d'un exsudat gélatineux. La tendance à la récidive

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Berliner klintsch. Wochensch*, n° 17, 1907.

et les résultats de la paracentèse le prouvent, car on obtient par cette dernière un liquide d'un brun foncé contenant peu d'éléments figurés et surtout des corpuscules de graisse. La couleur bleue est un phénomène optique et dépend de la lumière qu'on jette sur le tympan. Avec le bec Auer, la coloration bleue est le plus nette.

MAX LÉVY. — **Mortalité des otopathies et leur importance pour l'assurance sur la vie.** — La plupart des Compagnies allemandes d'assurances sur la vie refusent les candidats atteints d'otorrhée chronique. Pourtant, l'expérience ne plaide pas dans ce sens. Le journal d'autopsies de la Charité des dernières vingt-cinq années donne une mortalité de 0,6 %. 900 cas d'otite compliquée, gravement recueillis dans la littérature, permettent les conclusions suivantes : 1° complications et mort sont plus fréquentes dans la suppuration chronique que dans la suppuration aiguë ; 2° la mortalité dans la suppuration chronique est plus grande dans la deuxième et la troisième décade de la vie. Elle est pareille pour tous les âges dans l'otite aiguë, peut-être avec une disposition moins grande pour l'âge avancé ; 3° La malignité des complications augmente avec l'âge dans la suppuration aiguë. Dans la suppuration chronique, elle est grande, même chez l'enfant.

Le rapport de Schwartze, Habermann, Kretschmann donne une mortalité de 0,58 % dans les cas aigus, et 1,58 dans l'otite chronique. D'après Lévy, la mortalité de la suppuration aiguë augmente, avec l'âge, de 0,2 à 2 %, et trouve son maximum daus la deuxième décade de la vie pour les suppurations chroniques, avec un pourcentage de 2,6. Ces chiffres ne justifient donc pas le refus systématique de tous les otorrhéiques.

Discussion.

PASSOW demande du temps pour rechercher des dates, mais il croit le chiffre de 0,6 % trop faible.

FEILCHENFELD demande plus de précision de la part de Lévy. La question de la mortalité dans les suppurations aiguës n'a aucun intérêt pour les compagnies d'assurances. Les chiffres de Lévy plaident pour l'opinion, émise par Feilchenfeld dans un livre, que les suppurations auriculaires acquises avant la vingtième année sont les plus dangereuses parce qu'elles sont dues à des maladies infectieuses. Les Compagnies d'assurances ne demandent pas si un homme atteint d'une certaine maladie peut vivre malgré elle.

Elles demandent s'il peut mourir par elle, et c'est la raison pour laquelle elles doivent refuser des cas d'un bon pronostic.

Lévy n'a pas voulu être plus précis, voulant amorcer seulement la discussion.

Séance du 8 janvier 1907.

Président : Passow

Secrétaire : Schwabach

Herzfeld présente : a) **un ciseau nasal** de grande force confrère qui peut être considéré comme un **acrobate de la langue.** Il peut, avec sa langue, toucher son cavum et en la sortant toucher le nez et le menton.

Passow. — **Plastique de l'othématome.**

Wagner. — **Nystagmus.** — D'après Neumann, le nystagmus dans les labyrinthites est plus prononcé au regard vers le côté sain. Dans les abcès du cervelet, le contraire serait le cas. Wagner apporte un cas prouvant que dans l'abcès du cerveau le nystagmus peut être dirigé du côté malade. Un homme de 35 ans subit la trépanation de la mastoïde après une otite aiguë. Un an et demi après, on trouve une fistule dans l'apophyse mastoïde, une double papillite et un nystagmus vers le côté malade. On diagnostique d'après les données ordinaires un abcès du cervelet, mais, à l'opération, on trouve qu'il s'agit d'un abcès du lobe temporal. Le nystagmus disparaît pour réapparaître bientôt du même côté, en même temps que les autres symptômes cérébraux. Nouvelle intervention. On vide un nouvel abcès dans l'ancien foyer. Le nystagmus disparaît pour quatre semaines. Troisième opération suivie de mort. Avant chaque opération, la ponction lombaire a donné un liquide stérile.

Discussion.

Herzfeld a vu également un cas qui parle contre la théorie de Neumann. Le nystagmus était dirigé vers le côté malade dans un cas de carie du canal horizontal. Le nystagmus disparaissait pen-

dant la narcose et a disparu définitivement après un pansement moins serré. Chez ce malade, on pouvait changer la direction du nystagmus. Après chaque compression du conduit, le nystagmus se dirigeait du côté malade. Après chaque aspiration de l'air, il se tournait du côté sain.

SCHWABACH a observé, en 1878, un cas où le nystagmus dirigé du côté malade accompagné de vertige apparaissait à chaque pression sur l'apophyse et le conduit tuméfiés. Le malade n'a pas été opéré. Plusieurs années après, Schwabach a revu le malade sans pouvoir provoquer le nystagmus par pression.

BEYER est également d'avis que le nystagmus, côté malade, n'indique pas une affection du cervelet, car on ne peut pas le provoquer expérimentalement. Dans les opérations sur le labyrinthe, il peut se montrer également vers le côté malade.

LANGE a vu également dans un cas d'abcès du cerveau le nystagmus côté malade, mais l'abcès allait très loin en arrière. Il l'a vu également dans 2 cas d'abcès du cervelet. Il est d'accord avec Neumann pour considérer le nystagmus, côté malade, comme indiquant une affection de la fosse cérébrale postérieure. L'absence du nystagmus ne prouve rien. Dans nombre de cas d'abcès du cervelet, le nystagmus a pu manquer.

SOCIÉTÉ DES LARYNGOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD [1]

Réunion tenue à Heidelberg le 20 mai 1907.

Président : LINDT (Berne).

SIEBENMANN. — **Participation de la muqueuse des voies respiratoires supérieures à l'ichtyose.** — Les lésions ichtyosiques occupent, chez une jeune fille, toute la peau. Toutes les muqueuses sont normales, excepté la muqueuse bucale où il y a des taches grises opalines. De même des taches dans le larynx.

[1] Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Munchn. mediz. Wochensch.*, n° 30, 1907.

SEIFERT. — **Paralysie toxique du larynx.** — Un paysan de 48 ans, ayant eu à manier du blé traité par le sulfate de cuivre, a été pris d'une gastro-entérite, et quinze jours plus tard d'une paralysie du récurrent gauche. Il s'agit, d'après Seifert, d'une paralysie due à l'absorption du cuivre.

AVELLIS. — **Laryngotomie sous-narcose à la scopolamine-morphine.** — Chez un homme de 70 ans, Avellis a enlevé, sous cette anesthésie, un carcinome du larynx par laryngotomie. Pas de tamponnement, pas de canule. Le malade est couché sur le ventre. Il peut déglutir tout de suite après l'opération et se lever au bout de un à deux jours. L'intervention endo-laryngée n'est pas à recommander. Dans un cas opéré par laryngo-fissure, on a trouvé un deuxième carcinome sur le côté du larynx paraissant sain à l'examen laryngoscopique.

AVELLIS. — **Laryngocèle.** — Enfant de 4 ans est amené pour de la raucité de la voix. Quand il crie, il forme une tuméfaction sur les deux côtés du cartilage thyroïde allant jusqu'au bord maxillaire et jusqu'à la clavicule. Cette tuméfaction est molle et donne un son tympanique. Comme il n'y a pas de dyspnée, on peut surseoir à l'opération.

VOHSEN. — **Sur la valeur de la transillumination dans les sinusites frontales.** — Cette méthode indiquée il y a dix-sept ans, par Vohsen, est encore aujourd'hui la meilleure pour reconnaître la sinusite frontale. Il faut que le sinus soit éclairé par sa base et qu'on se serve d'une bonne lampe. Vohsen a fait construire (par O. Ebert, Francfort), une nouvelle lampe qui permet la position directe sur la base de l'orbite. La technique n'est pas aussi simple. Une accoutumance aux différences de lumière doit être apprise. On peut reconnaître la forme du septum frontal ou son absence. L'examen par les rayons X n'est pas supérieur à la transillumination, mais plus dispendieux et plus embarrassant.

OPPIKOFER. — **Examen microscopique de la muqueuse des sinus nasaux chroniquement enflammés.** — Travail analysé dans les *Annales*.

DENKER. — **Expériences sur l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique.** — Denker a opéré 18 cas de sinusite

maxillaire grave par sa méthode (analysé dans les *Annales*). La muqueuse du sinus malade a été conservée presque dans tous les cas. La guérison a été ainsi plus vite obtenue, en moyenne seize jours et demi. Tous les cas ont guéri.

KATZ (Kaiserslautern). — **Appareil électrique universel pour cabinet médical.**

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des polypes dermoïdes du pharynx, par PAUL CARAGUEL, *Thèse de Paris*, 1906-1907, 62 pages (Michalou, éditeur).

On rencontre dans le pharynx des productions de petit volume, pédiculées revêtues d'une enveloppe extérieure présentant tous les caractères de la peau normale et constituées à leur partie centrale par du tissu conjonctif, des fibres musculaires striées, des vaisseaux et parfois du cartilage ou de l'os. Ces productions auxquelles on a donné le nom de polypes dermoïdes sont très peu nombreuses. On n'en compte pas plus d'une quinzaine dans la littérature médicale.

Lannelongue et Achard dans leur traité des kystes congénitaux ont réuni la plupart des cas observés.

Depuis la thèse de Decloux (1900) aucun travail n'avait été publié. L'auteur présente une nouvelle étude sur cette question.

Après une introduction concernant l'histologie normale de la région chez le fœtus et chez l'adulte, il passe en revue la symptomatologie, l'anatomie pathologique et l'étiologie, en insistant sur quelques points intéressants. Dans un autre chapitre il décrit l'évolution des arcs et des poches branchiaux. Cette description est nécessaire, car la production des polypes dermoïdes du pharynx est en relation directe avec ces formations embryonnaires et leur pathogénie ne peut se comprendre facilement qu'après cette étude un peu détaillée.

L'auteur décrit les caractères de la muqueuse pharyngienne et montre qu'il est impossible d'y trouver des parties normalement

recouvertes d'une couche analogue à la peau et à ses annexes, chose qui appartient en propre aux productions dermoïdes insérées à ce niveau.

Les polypes dermoïdes du pharynx ont une *forme* régulière cylindrique ou ovoïde, parfois multilobulée et se composent d'une masse principale piriforme à grosse extrémité dirigée vers le pharynx et d'un pédicule assez long, plus mince que le corps.

Leur largeur est celle du petit doigt d'un adulte, parfois celle du pouce.

Leur longueur est de 4 à 5 centimètres environ.

Leur point d'insertion est variable (orifice de la trompe, partie postéro-supérieure du voile, face postérieure du pilier postérieur ou partie supérieure du pharynx).

On peut ranger les *symptômes* en trois catégories : 1° Symptômes fonctionnels liés à la présence de ces polypes au niveau des voies digestives et respiratoires. On a noté de l'enchifrènement chronique, de l'obstruction nasale. La voix est nasonnée, il peut se produire de la dysphonie ou de l'aphonie. On peut observer de la toux survenant par quintes convulsives et des crises de suffocation avec asphyxie imminente.

Les névralgies dans le domaine du maxillaire supérieur ne sont pas rares.

La présence de la tumeur détermine des nausées par spasme du pharynx, de la dysphagie avec sensation de corps étrangers.

2° *Symptômes physiques.* — A la vue on constate une tumeur blanc-grisâtre, parfois rosée, lisse, couverte de petites arborisations vasculaires. Sa surface, est parcourue par des sillons parallèles, dans lesquels s'insèrent des poils plus ou moins tenus.

Pour constater ces polypes la rhinoscopie postérieure est quelquefois nécessaire. Par le toucher on constate une masse ferme, arrondie, dont on peut apprécier le volume, la mobilité, le point d'implantation.

3° *Signes généraux.* — Ils sont presque toujours peu accusés et n'apparaissent que par suite de l'évolution lente de la tumeur.

Ces polypes sont toujours unilatéraux et uniques. Ils sont recouverts d'une enveloppe cutanée divisée en une couche superficielle épidermique et une couche profonde choriale, séparées par une membrane basale.

Les polypes dermoïdes du pharynx sont toujoues d'origine congénitale. Le sexe paraît indifférent. L'influence héréditaire est nulle. Il s'agit probablement « d'un trouble de nutrition survenu

dès la période blastodermique, ayant produit une simple végétation d'un arc branchial » (Lannelongue).

Ce sont de véritables tératomes. Leur point d'implantation présente des rapports étroits avec le trajet intra-pharyngien des fentes branchiales embryonnaires ; elles paraissent provenir d'un développement anormal du mésoderme branchial vers l'intérieur de la cavité buccale.

Le *diagnostic* doit être fait avec les polypes fibreux naso-pharyngien, qui s'accompagnent de trouble de l'olfaction, saignent facilement et ont une évolution rapide ; avec les polypes fibro-muqueux qui n'ont pas de revêtement épidermique avec poils. Les tumeurs kystiques de la partie postéro-supérieure du pharynx, seront différenciées par la rhinoscopie postérieure, grâce à leur aspect translucide. Les lipomes, les fibromes, les angiomes, les enchondromes, les ostéomes, tumeurs exceptionnelles ne présentent jamais d'enveloppe cutanée.

Les sarcomes, les carcinomes et les épithéliomes se distinguent des polypes dermoïdes, parce qu'ils déterminent des douleurs vives, un retentissement ganglionnaire précoce, une cachexie rapide. Chez l'enfant, il faudra penser aux abcès rétro-pharyngiens et aux abcès ossifluents du mal de Pott.

Le *pronostic* est bénin, l'ablation de ces tumeurs met le sujet qui en est porteur à l'abri des accidents de suffocation et de dysphagie et n'est jamais suivie de récidive. ROBERT LEROUX

Anatomie pathologique de l'épithéliome primitif du corps thyroïde, par A. HANDELSMANN. *Thèse de Paris*, 1906-07, 52 pages, (Bonvalot-Jouve, éditeur).

Les épithéliomes du corps thyroïde sont assez rares. Ils surviennent généralement chez des individus atteints de goitres chroniques. Ils sont plus communs dans les régions où s'observent les goitres endémiques.

L'envahissement du corps thyroïde par le cancer est limité. Le plus souvent un seul des lobes est intéressé ; plus rarement tout l'organe est atteint.

Dans la plupart des cas, on retrouve des parties de glande avec leur aspect colloïde normal, ou avec des kystes, tels qu'on les rencontre dans les goitres vulgaires (adénomes kystiques du corps thyroïde).

Macroscopiquement, la glande atteinte d'épithéliome est hypertrophiée dans la portion envahie. A la coupe, on trouve un tissu mollasse, grisâtre, donnant par le raclage un suc abondant.

Au microscope on peut distinguer deux espèces de cancer :

Première variété. — C'est un épithéliome tubulé ou lobulé à cellules polyédriques ou pavimenteuses. Dans cette forme on trouve, à côté d'aréoles normales, d'autres aréoles en voie de transformation cancéreuse. Dans ces dernières, les cellules se multiplient rapidement, deviennent volumineuses, polyédriques et présentent un gros noyau. De cette multiplication cellulaire, résulte la destruction de la substance colloïde. Les figures de karyokinèse sont nombreuses.

La lésion se développe bien dans les aréoles mêmes du corps thyroïde, car au milieu d'elles, on retrouve une gouttelette de substance colloïde.

Le tissu conjonctif qui entoure les alvéoles, présente une multiplication des cellules, une vascularisation anormale, un nombre plus ou moins grand de cellules cancéreuses. Cet épithélioma peut s'accompagner d'une inflammation leucocytaire déterminée par la présence de microbes. Cette variété est assurément la plus grave au point de vue de son extension, de l'envahissement des ganglions voisins, et de sa généralisation.

Deuxième variété. — Il en existe moins d'exemples. Ce sont des épithéliomes papillaires ou villeux à cellules cylindriques. Ils doivent être distingués anatomiquement d'avec les kystes à végétations papillaires de nature bénigne que l'on rencontre dans les goitres simples. Au cas d'épithéliome, il s'agit d'alvéoles tapissées par de grandes cellules d'épithélioma cylindrique et de boyaux remplis par ce même épithélium métatypique.

Dans ces deux variétés d'épithéliome, le tissu voisin peut être envahi ainsi que les ganglions. On a noté des perforations de la trachée par des bourgeons cancéreux. On a trouvé des nodules secondaires dans le poumon.

Il est difficile de confondre le cancer thyroïdien avec les autres tumeurs de cette glande. L'examen à l'œil nu et au microscope suffiront pour en affirmer le diagnostic.

Quant à la genèse du cancer du corps thyroïde elle est encore à discuter. Depuis que Lannelongue et Wolkmann ont attiré l'attention sur les inclusions fœtales, on s'est demandé si des inclusions fœtales n'étaient pas l'origine des tumeurs thyroïdiennes. Cette opinion ne semble pas prévaloir en ce qui concerne les deux types de tumeurs étudiés. Le mélange d'alvéoles cancéreux et d'alvéoles normaux, les modifications que subissent les cellules épithéliales de ces derniers avant de devenir cancéreuses semblent suffisants pour affirmer l'origine purement thyroïdienne de ces tumeurs.

ROBERT LEROUX.

La mort subite chez l'enfant, par M. Brelet, *Thèse de Paris*, 1906-07, 231 pages (Rousset, éditeur).

L'auteur étudie la mort subite en général. Nous n'analyserons de ce travail que les faits ayant trait à l'oto-rhino-laryngologie.

La mort subite peut survenir au cours de maladies infectieuses et parmi celles-ci deux peuvent intéresser le laryngologiste : la coqueluche et la diphtérie.

La mort subite au cours de la *coqueluche* est rare. Elle peut résulter du seul fait de la quinte par hémorrhagie méningée, ou survenir à la suite d'une quinte par spasme glottique ou convulsion. En ce cas l'inspiration finale fait défaut : la cage thoracique est en expiration, la glotte est fermée, l'enfant asphyxié. Pour Marfan, il ne s'agit pas de spasme glottique, mais de spasmes des muscles expiratoires.

L'étude de la mort subite au cours de la *diphtérie* rentre dans le cadre de la médecine générale.

Les soi-disant cas de mort subite à la suite d'injection de sérum antidiphtérique n'existent pas.

La mort subite dans l'*abcès rétro-pharyngien* a été très complètement étudiée dans la thèse de Thoyer-Rozat.

Elle a lieu au moment de l'incision de l'abcès ou à un moment quelconque de la maladie. La chute du pus dans les voies aériennes est admise, comme cause, mais ces cas sont très rares. La mort peut être expliquée par hémorrhagie due à la rupture d'un gros vaisseau (cas exceptionnel) par asphyxie due à un spasme glottique, par arrêt du cœur, dû à une action réflexe.

Deguy admet aussi la mort par syncope, d'origine réflexe pharyngée (syncope respiratoire). Viannay indique comme cause, le spasme de la glotte par irritation du récurrent ou l'arrêt du cœur par irritation du pneumogastique.

Dans les cas de *méningites aiguës*, survenant comme complication d'otite, la marche de l'affection peut être silencieuse et se terminer par la mort subite.

Les *abcès intracraniens* peuvent amener la mort rapide, mais ce sont surtout les *abcès otitiques du cervelet* qui déterminent la mort subite. On trouve dans la thèse de Bourgeois plusieurs observations de ces faits.

Cet auteur insiste sur la fréquence de la mort brusque dans l'abcès cérébelleux, par compression du bulbe. Cette notion a une importance pratique considérable. Elle montre qu'il ne faut pas temporiser dès que l'indication opératoire est posée.

C'est quelquefois à l'entrée des voies aériennes dans le *rhinopharynx* qu'il faut chercher la cause de la mort subite chez le tout jeune enfant ; aussi Simmonds conseille-t il au point de vue médico-légal d'examiner toujours le nez (et aussi les oreilles) des jeunes enfants morts subitement. Vibert admet qu'en dehors des cas d'hypertrophie du thymus ou de spasmes phréno-glottiques, la mort subite pendant le sommeil peut être expliqué par un obstacle à la respiration qui par voie réflexe arrête immédiatement toutes les fonctions nerveuses, principalement les fonctions respiratoires. Pour lui le sommeil crée chez les petits enfants une aptitude spéciale à subir les actions inhibitrices.

Les *corps étrangers* des voies aériennes provoquent rarement ainsi que l'a montré Boulay, la mort subite par inhibition, au moment de l'entrée du corps étranger dans le larynx avant toute crise de suffocation. Les seuls cas intéressants sont dûs à la présence de lombrics, à l'introduction du chyme dans les voies respiratoires, ou à la rupture dans la trachée ou les bronches d'un ganglion trachéo-bronchique caséeux.

La mort subite peut être la conséquence d'une *laryngite striduleuse ;* cependant le faux croup grave se terminant par la mort brusque n'est pas fréquent. Parfois il s'agit d'un enfant trachéotomisé, qui meurt subitement quand on retire la canule.

Au cas d'adénopathie-trachéo-bronchique, l'ulcération a lieu dans un cinquième des cas ; le contenu peut être expulsé par la toux ou obstruer les voies aériennes et déterminer l'asphyxie.

La mort subite par *hypertrophie du thymus* a été très étudiée : malgré tout, la question reste obscure.

Après la naissance le thymus augmente de poids, il s'étale et perd en épaisseur ce qu'il gagne en hauteur.

Si diverses conditions se trouvent réunies (congestion brusque du thymus, hyperextension de la tête) la mort subite peut avoir lieu par asphyxie du fait de la compression des bronches et de la trachée.

ROBERT LEROUX.

Circulation artérielle et veineuse du massif maxillaire supérieur, par Coulomb, (*Thèse de Bordeaux*, 1907).

Les artères qui irriguent le massif maxillaire supérieur proviennent de la maxillaire interne par quatre de ses branches : l'artère alvéolaire, l'artère sous-orbitaire, l'artère palatine supérieure et l'artère sphéno-palatine. Trois autres, la faciale, la temporale superficielle et l'ophtalmique participent accessoirement à cette irrigation.

Les débouchés veineux sont le plexus alvéolaire et le plexus ptérygoïdien qui collectent le sang lequel se rend ensuite dans la faciale (jugulaire interne) soit dans la maxillaire interne (jugulaire externe).

Il est aisé de distinguer sept territoires terminaux dans la distribution vasculaire, artérielle et veineuse, du massif maxillaire supérieur :

1° Territoire périostique ;
2° Territoire osseux ;
3° Territoire du sinus maxillaire ;
4° Territoire de la gouttière lacrymo-nasale ;
5° Territoire gingival ;
6° Territoire alvéolo-dentaire ;
7° Territoire dentaire.

Il n'y a pas de circulation propre à l'os intermaxillaire, ceci étant prouvé, non seulement par les recherches de l'auteur chez l'homme, mais encore par l'anatomie comparée.

Par suite, s'il y a dualité au point de vue osseux dans le maxillaire supérieur, il y a unité au point de vue circulatoire.

Il est à remarquer qu'il y a abondances de rameaux vasculaires dans n'importe quel territoire ; mais tous ces rameaux sont grêles et suffisent à peine à la nutrition.

La pauvreté artérielle explique le manque de réaction ostéogénique du périoste après les résections soit totales, soit partielles du maxillaire supérieur.

L'insuffisance des voies de retour, une seule veine pour une artère, nous fait comprendre la fréquence relative des infections de cette région, en particulier des sinusites et des périodontites.

Enfin les nombreuses anastomoses artérielles et surtout veineuses qui relient les vaisseaux nourriciers du maxillaire supérieur aux vaisseaux faciaux et ophtalmiques, et indirectement aux vaisseaux intra-craniens, éclairent la pathogénie de la plupart des thrombo-phlébites du sinus caverneux. M. PHILIP.

Les procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée, par HERMANN (*thèse de Bordeaux*, 1906).

Les procédés autoplastiques proposés comme temps terminal de l'opération de la cure radicale de l'otorrhée répondent à deux grandes méthodes :

a) Méthode d'ouverture rétro-auriculaire permanente (Procédés de Kretschmann, de Passow, de Stacke) à laquelle on doit joindre :

a) Les procédés de fermeture tardive de l'orifice rétro-auriculaire et qui doivent répondre aux règles générales suivantes : La paroi d'occlusion doit avoir sur ses deux faces du tissu épidermisé ou épidermisable. Les lambeaux ne doivent pas être taillés dans la peau qui tapisse la cavité épidermisée. — Une bonne autoplastie doit empêcher la chute du pavillon. Il suffit d'employer des lambeaux cutanéo-périostés ou simplement cutanés. Les procédés les plus employés sont ceux de Stacke, de Mosetig-Moorhof, de Passow, de Trautmann, de Lermoyez et Mahu, de Laurens, auxquels on doit ajouter l'avivement pur et simple des lèvres de l'incision rétro-auriculaire.

b) Méthode de fermeture de la plaie rétro-auriculaire, et qui s'accompagne d'intervention sur le conduit auditif, afin de parer à l'atrésie de cet organe et de mieux surveiller la cavité opératoire. Divers procédés sont mis en œuvre pour cette intervention :

1° Méthodes procédant par résection (Zaufal, Moure, Delsaux).

2° Méthodes procédant par taille de lambeaux aux dépens du conduit seul (Stacke, Panse, Botey).

3° Méthodes empruntant des lambeaux au conduit et à la conque (Kœrner, Siebenmann).

4° Méthodes empruntant des lambeaux ailleurs qu'au conduit et à la conque (Forselles, Goris).

L'auteur fait ensuite la critique de la méthode rétro-auriculaire permanente dont les inconvénients principaux sont : un caractère inesthétique indiscutable ; une guérison lente et difficile : de graves dangers d'infection secondaire.

La méthode de fermeture de la plaie présente, réunis le plus grand nombre d'avantages : L'esthétique n'est pas sacrifiée : la guérison est rapide et sûre. Peu ou pas de dangers d'infection secondaire. Les contre indications de la fermeture immédiate se réduisent aux cas de complications graves, abcès du cerveau, phlébite suppurée du sinus, abcès extra-dural ; le cholestéatome peut être surveillé par le conduit.

Quant aux procédés autoplastiques proprement dits, tous sont bons. Ils donnent suivant celui qu'on emploie un orifice méatique variable comme grandeur, et l'on utilisera chacun d'eux suivant l'étendue de l'orifice d'évidement et de la voie de surveillance que l'on voudra obtenir.

M. PHILIP.

Etudes anatomo-cliniques sur la paroi labyrinthique de l'oreille moyenne, par T. Benoit-Gonin (*Thèse de Bordeaux*, 1907).

Travail consciencieux dans lequel l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° L'embryologie et la pathologie établissent d'étroites relations entre la paroi interne de la caisse proprement dite et la paroi interne de l'antre.

2° Le canal pétro-mastoïdien, qui fait suite à la fossa subarcuata, existe d'une façon presque constante, et en vertu de ses connexions avec la paroi interne de l'antre, il est une voie importante pour la propagation des infections auriculaires vers la fosse cérébelleuse. La propagation infectieuse se fait soit par continuité de tissu entre la muqueuse antrale et la dure-mère cérébelleuse, soit par un processus emboligène charrié par les vaisseaux du canal, qui communiquent avec le sinus pétreux supérieur et les vaisseaux de la dure-mère proprement dite.

3° La face interne de l'antre est celluleuse dans toute sa partie postérieure et ces cellules communiquent largement avec les groupes sus-antral, sus-labyrinthique, et les cellules mastoïdiennes, parfois avec les cellules de la paroi postérieure du conduit auditif externe. C'est dans le fond d'une de ces excavations que vient déboucher le canal pétro-mastoïdien quand il se prolonge presque dans la lumière de l'antre, sinon c'est dans le groupe cellulaire qui occupe l'angle dièdre formé par les canaux demi-circulaires supérieur et externe. Répondant en général à la fosse cérébelleuse, la paroi interne contracte dans certains cas des rapports assez intimes avec le sinus latéral.

4° Le canal demi-circulaire externe ou horizontal justifie anatomiquement la première de ces appellations et physiologiquement la seconde. La situation par rapport au plan horizontal est intimement liée à l'orientation du vestibule labyrinthique. Rarement horizontal chez l'homme, il est presque toujours oblique en bas en arrière et en dedans. L'anthropoïde offre les mêmes caractères plus accusés ; les quadrupèdes au contraire ont un canal franchement horizontal. La disposition constatée chez l'homme est un vestige de la rotation incomplète qu'a dû effectuer le canal pour s'adapter dans le plan horizontal quand la station est devenue bipède. Les abouchements vestibulaires de ce canal se font, pour les classiques, à la paroi supérieure du vestibule. L'auteur les a trouvés toujours à la paroi postérieure, chez l'enfant comme chez l'homme. Des trois canaux demi-circulaires, c'est l'externe qui a

les rapports les plus intimes avec la caisse, c'est aussi celui qui réagit le plus souvent dans les affections de cet organe et il est le siège préféré des périlabyrinthites dans les otites moyennes aiguës.

5° Le facial dans sa deuxième portion, affecte avec la lumière du canal demi-circulaire des rapports variant avec l'âge. Il lui est parallèle dans l'enfance, ou sinon il en est plus rapproché en arrière qu'en avant ; chez l'adulte c'est le contraire. Les rapports les plus intimes entre les lumières des deux canaux ont lieu au niveau de la partie pré-ampullaire du canal externe. Il n'y a parfois pour les séparer qu'une barrière d'un dixième de millimètre d'épaisseur.

Contrairement à l'opinion de Bourguet, l'auteur estime que l'aqueduc de Fallope forme directement la voûte de la fosse ovale, un plan rasant le bord supérieur de la fenêtre étant tangent à la paroi inférieure de l'aqueduc.

6° La fosse ovale est rarement limitée de toutes parts et communique très souvent en arrière et en bas avec le sinus tympani La fenêtre tire sa forme de son bord inférieur, elle occupe la partie déclive de la paroi externe du vestibule et surplombe sur l'os sec le tiers externe de la circonférence du limaçon ; sur l'os frais, elle continue à l'insertion de la lame spirale membraneuse.

7° L'existence du sinus tympani est constante chez l'homme. Par ses rapports, il constitue un danger pour le deuxième coude du facial. Son développement coïncidant avec celui du tissu pneumatique peut le faire considérer comme l'homologue des cellules mastoïdiennes servant très souvent de trait d'union entre ces dernières et le groupe du récessus hypotympanique.

8° La fenêtre ronde justifie rarement son nom. Elle est triangulaire parfois, le plus souvent ovalaire ; contrairement à l'opinion des classiques, elle regarde en bas, en arrière et en dedans, non pas en dehors. C'est l'ouverture de la fossette ronde qui a cette dernière orientation, due au refoulement en dehors par le limaçon de la paroi labyrinthique.

La différence d'orientation entre la fenêtre et l'orifice de sa fossette tient à l'inégalité de longueur des diverses parois de cette dernière. L'obliquité de la fenêtre est fonction de celle du limaçon à son origine, et de ce mode d'origine dépend en grande partie la forme de la rampe tympanique. Cette dernière apparait sur des coupes sériées, diversement configurée, à cause du mouvement de torsion de la lame spirale qui transforme peu à peu sa paroi supérieure en paroi externe.

9° Le promontoire, parallèle au plan du canal externe chez l'homme tend, chez les animaux à devenir perpendiculaire, et il communique son mouvement aux deux fenêtres qui, sur une même verticale dans l'oreille humaine se rapprochent de l'horizontale chez les autres mammifères.

10° Tandis que dans l'enfance le promontoire confine au plancher de la caisse, chez l'adulte se trouve interposée entre ces deux régions une zone celluleuse triangulaire à sommet antérieur. C'est dans une des cavités pneumatiques de cette zone que débouche souvent le canal tympanique. Souvent il y a communication entre ce groupe cellulaire et le groupe sous-labyrinthique, parfois, par un processus rongeant, on trouve à leur place un énorme récessus sous-labyrinthique.

11° Parfois cette partie déclive de la paroi interne se voit considérablement amincie par la fosse jugulaire, ce qui crée un danger pour la paracentèse du tympan. La fosse doit sa forme de dôme irrégulier à l'inégale résistance des tissus aux dépens desquels elle prend son extension et dans son mouvement envahissant, elle empiète sur les régions voisines (interruption de l'aqueduc du vestibule, diminution de la crête la séparant de la carotide, et par suite, disparition dans cette crête du canal tympanique qui s'ouvre alors au fond de la fosse) et vient former une saillie dans la fosse cérébelleuse, sur la paroi postérieure de la pyramide du rocher.

Les déhiscences de la fosse jugulaire sont rares.

12° Le canal carotidien est toujours situé en avant du limaçon, sans connexion avec la paroi labyrinthique.

13° Contrairement à l'opinion des classiques, la pyramide de l'étrier naît de la paroi postérieure de la caisse du tympan.

M. PHILIP.

Trachéotomie et thyrotomie, par GIUDICE (*Th.* Bordeaux, 1906.)

La thyrotomie, c'est-à-dire l'ouverture du larynx par la section médiane du cartilage thyroïde est une opération fort ancienne. Son histoire doit cependant comprendre quatre étapes marquées chacune par une des dates suivantes :

1788. Thyrotomie d'emblée (Pelletan).

1862. Trachéo-thyrotomie en deux temps, la canule restant en place après l'opération (Chassaignac).

1891. Trachéo-thyrotomie en un seul temps, la canule restant en place après l'opération (Moure).

1901. Trachéo-thyrotomie en un seul temps et suture de la plaie laryngo-trachéale (Moure).

Après avoir exposé les indications de la thyrotomie (corps étrangers, tumeurs bénignes, tumeurs malignes du larynx), l'auteur envisage les cas où une trachéotomie préalable est indiquée: Si elle est inutile dans les cas de corps étrangers, ou dans quelques cas de polypes pédiculés du larynx chez l'adulte, elle devient utile dans le cas de papillomes récidivants de l'enfance et absolument indispensable dans le cas de tumeurs malignes.

Cette intervention préalable présente de gros avantages :

a) Pendant l'opération :

1° Elle facilite la narcose ;

2° Elle isole complètement le larynx en le rendant comparable à une cavité inerte dans laquelle le chirurgien peut se livrer à son aise à toutes les manœuvres nécessitées par le cas qu'il opère, sans crainte d'accès de suffocation ou de pénétration de sang dans les voies aériennes;

3° Elle rend l'opération plus sûre, plus rapide, plus complète ;

4° L'emploi de la canule plate de Moure offre l'avantage de ménager le plus qu'il est désirable les anneaux de la trachée.

b) Après l'opération.

S'il devient utile, par suite de sténose glottique, de placer une canule dans la trachée le jour ou le lendemain de l'opération, l'ouverture de la trachée est excessivement facile, ne consistant qu'à désunir des tissus agglutinés et ne saignant pas, au cas où la trachéotomie a précédé la thyrotomie. Dans le cas contraire, elle est très laborieuse, et, par l'hémorrhagie inévitable qu'elle provoque, elle expose le malade aux complications broncho-pulmonaires.

L'opération faite, la canule devra être laissée en place toutes les fois que la respiration ne pourra être parfaitement assurée par les voies naturelles, ou quand on aura à craindre l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, l'immobilisation des aryténoïdes, une sténose quelconque de la glotte, ou une récidive du néoplasme.

Sinon, toutes les fois que le larynx reste perméable, il y a avantage à faire la suture immédiate de la trachée. Cette suture :

1° Evite les complications septiques pulmonaires ;

2° Evite les inconvénients du port prolongé de la canule : ulcérations de la paroi antérieure de la trachée, rétrécissements con-

sécutifs amenant une gêne de la déglutition et la difficulté de la décanulation ultérieure ;

3° Hâte considérablement la guérison du malade ;

4° Permet d'obtenir une cicatrice très peu apparente et sans adhérence aux plans profonds.

Il suffit, pour éviter la production d'emphysème de laisser une boutonnière à la partie inférieure de la plaie.

Pendant les 48 heures qui suivent l'opération, on doit, par l'examen laryngoscopique, s'assurer que le larynx du malade est bien perméable et se tenir prêt à replacer la canule si des phénomènes de sténose glottique viennent à se produire. M. PHILIP.

ANALYSES

Végétations adénoïdes du pharynx, par C.-W.-M. Brown (*Therapeutic Gazette*, 15 janvier 1905, p. 7).

Ce travail est une mise au point de la question des végétations adénoïdes, au point de vue du diagnostic de la lésion, des complications, de l'intervention et des complications possibles de l'opération. L'auteur rapporte 3 cas personnels d'enfants porteurs de tares dues aux végétations adénoïdes. A propos de la tuberculose de l'amygdale pharyngée il cite la statistique de Lewin (5 cas sur 100), et celle de Nicoll et Lartigan de New-York (12 sur 15). La surdité est notée par Blake de Boston, 39 fois sur 47 cas. Evans de Louisville a eu 1 cas de mort par le protoxyde d'azote. Halsted de Syracuse recommande les injections d'atropine avant de donner le chloroforme. A. RAOULT.

Polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens. Leur origine dans le sinus maxillaire, par E.-V. Segura (*Revue hebdomadaire de laryng. d'otol*... etc., 15 décembre 1906).

Pour Segura, comme pour Killian, la véritable origine et le point réel d'implantation des polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens se trouve dans le sinus maxillaire. Dans 3 cas, en opérant par la voie canine, S. a pu suivre le pédicule jusqu'à son point d'implantation.

Le sinus maxillaire présentait des masses polypeuses avec un épaississement œdémateux de la muqueuse. Avec Jacques et Ruault, Segura reconnaît que ces polypes ne sont pas des tumeurs myxomateuses mais simplement des hypertrophies œdémateuses localisées.

Segura opère par la voie nasale. Avec le crochet de Lange il charge le pédicule dans le méat moyen et l'arrache par des tractions progressives ; la tumeur tombe dans la cavité buccale d'où le malade la rejette. S'il y a des récidives, de la céphalée, des phénomènes oculaires, on pratiquera une opération plus radicale et on interviendra par la voie canine.

Suivent 6 observations qui viennent à l'appui de ces dires.

OBSERVATION I. — Volumineuse tumeur fibro-myxomateuse qui remplit toute la fosse nasale gauche, le naso-pharynx et obstrue l'autre fosse nasale. Extirpation de la tumeur en deux temps à l'anse froide. Récidive sous forme d'une tumeur du naso-pharynx ; pédicule qui part du méat moyen et pénètre dans le sinus maxillaire. Ouverture du sinus par la voie canine : le pédicule du polype s'implantait sur la muqueuse du sinus à 1 centimètre du bord inférieur de l'ostium, plusieurs autres polypes dans l'intérieur du sinus.

OBS. II. — Polype énorme de la fosse nasale gauche et du naso-pharynx. Extirpation à l'anse froide par la voie nasale puis par la voie buccale. Large communication naso-maxillaire ; un stylet introduit dans le sinus donne la sensation nette d'autres polypes dans son intérieur. Récidive sous forme de petits polypes insérés sur les bords de l'ostium ; céphalées répétées. Opération par la voie canine, curettage, guérison.

OBS. III. — Tumeur naso-pharyngienne, d'aspect fibro-myxomateux, repoussant le voile en avant, à pédicule partant du méat moyen et pénétrant dans le sinus par l'ostium. Le pédicule est arraché et rompu à l'aide du crochet de Lange.

OBS. IV. — Même tumeur naso-pharyngienne à pédicule sinusien arraché par une traction à l'aide du crochet de Lange.

OBS. V. — Tumeur occupant les deux tiers postérieurs de la fosse nasale gauche, descendant dans le naso-pharynx, à pédicule sinusal. Opérée par la voie canine. Polypes et kystes dans le sinus maxillaire.

OBS. VI. — Masse polypeuse reposant sur le plancher et pédiculisée au niveau du méat moyen. Le crochet de Lange la ramène en avant, ce qui permet son extraction à l'anse froide.

A. HAUTANT.

Fibro-épithéliome kystique de la voûte pharyngée, par R. Hahn et A. Sacerdote (*Presse oto-laryngologique belge*, nº 10 et 11, 1906).

Il s'agit d'une tumeur à accroissement lent, développée dans le rhino-pharynx, et qui, par ses caractères anatomiques, diffère de toutes les tumeurs de la même région, déjà décrites.

Homme, âgé de 36 ans, présente, en 1895 et 96, de l'obstruction nasale avec abondante sécrétion mnqueuse, forte céphalée frontale et occipitale et, à deux reprises, pendant plusieurs mois, une paralysie du muscle droit externe de droite, puis du droit externe gauche.

La rhinoscopie antérieure montre les deux fosses nasales obstruées par une masse de couleur gris rose, de constance fibreuse, provenant de la voûte du cavum, ne saignant pas. La rhinoscopie postérieure fait voir une tumeur du volume d'une noix, rosée, mamelonnée, implantée sur la voûte. A la palpation, tumeur immobile, de consistance uniformément dure. Pas de ganglions. Il y a une paralysie des deux nerfs abducteurs. En tentant d'enlever un morceau pour le soumettre à un examen microscopique, on fait jaillir un liquide jaune clair, qui s'écoule pendant quelques jours. Cet écoulement calme la céphalée et améliore la paralysie de la sixième paire. Il y avait dans la tumeur une cavité de 1 centimètre environ de diamètre.

Huit séances d'électrolyse font presque disparaître l'obstruction nasale et améliorent considérablement la paralysie du droit externe, et diminuent la tumeur. Puis, malgré la continuation de l'électrolyse, la paralysie reparaît ainsi que la céphalée. En même temps survient une diminution de la sensibilité gustative sur la moitié droite de la langue, de la sensibilité tactile sur la moitié droite du visage. On pratiqua plusieurs ponctions dans la tumeur : sensation de pénétrer dans une cavité ; amélioration de la diplopie et de la céphalée. Reprise de l'électrolyse, qui aboutit à la disparition presque totale de la tumeur ; mais le liquide continue à sourdre dans le cavum sans que l'on puisse voir par quel orifice il s'écoule. Tous ces symptômes évoluent pendant l'année 1897.

Pendant les trois années suivantes, état relativement bon. Par moments, reprise de l'occlusion nasale, de la diplopie et de la céphalée coïncidant avec un arrêt de l'écoulement du liquide.

Réapparition permanente de tous ces symptômes avec amaigrissement en mai 1901. Récidive de la tumeur. Des ponctions exploratrices font sourdre quelques centimètres cubes de liquide.

Reprise de l'électrolyse qui détruit la tumeur et laisse simplement la voûte du cavum considérablement épaissie.

En février 1902, toute la série des phénomènes morbides se manifeste de nouveau. Le néoplasme est devenu plus dur et de consistance osseuse. Etat général aggravé. Refus d'une intervention chirurgicale. L'électrolyse ne donne plus d'amélioration. Paresthésie de la moitié droite de la langue et du visage. Avec une pince emporte-pièce on enlève une partie de la tumeur ; réapparition du liquide. Amélioration qui persiste en 1903 et 1904.

Reprise des phénomènes au début de 1905 : céphalée intense, vertiges, un peu de névrite optique. Dans le cavum, masse globuleuse non ulcérée. Pas de ganglions. L'électrolyse détruit cette tumeur, mais les symptômes persistent. Très mauvais état général. Mort par des phénomènes pulmonaires. Pas d'autopsie.

L'examen histologique des fragments montre que cette tumeur était composée de corps épithéliaux et d'un stroma.

Les éléments épithéliaux bien stratifiés ont une disposition en cordons s'anastomosant en réseau. Les cellules épithéliales rappellent celles de la muqueuse buccale. Les unes ont subi une transformatien muqueuse ; d'autres s'agglomèrent en perles épithéliales semblables à celles des cancroïdes. Le nombre des figures de caryocinèse est minime.

Le tissu conjonctif est formé de faisceaux de fibres collagènes riches en cellules fusiformes. Par endroits il subit la raréfaction hyaline. Par suite de cette transformation régressive la tumeur paraît formée par des kystes de grandeurs assez différentes à parois limitées par un épithélium cylindrique. Par endroits, il y a des trabécules osseuses.

Il s'agit donc d'une tumeur fibro-épithéliale kystique. Elle se différencie nettement des cancers. La formation des kystes, précédée de la transformation de l'épithélium en éléments étoilés, la rapproche des kystes adamantins et des tumeurs dites adamantinomes. Peut-être cette tumeur dérivait-elle de germes d'épithélium pavimenteux du pharynx enclavés pendant le développement embryonnaire.

Il est difficile de savoir si la tumeur est à l'intérieur du crâne, au niveau des os, ou dans le cavum. Puisqu'il était assez probable qu'elle était congénitale, peut-être s'est-elle développée dans l'espace constitué par la soudure des deux parties du corps du sphénoïde, ou peut-être le long du canal cranio-pharyngien. Dans le crâne, cette néoplasie s'avançait vraisemblablement vers la base et aux côtés de la selle turcique, avait atteint des deux côtés les

sinus caverneux et par là même les nerfs abducteurs ; vers la droite elle avait rejoint les deuxième et troisième branches du trijumeau. Il ne s'agit là que d'hypothèses basées sur les symptômes cliniques, puisqu'il n'y eût pas d'autopsie. On ne peut également savoir si le liquide qui s'écoulait dans le cavum était du liquide céphalo-rachidien ou le contenu d'un kyste. Cette tumeur avait une bénignité relative, sans noyau glandulaire, sans envahissement des tissus, sans métastase.

L'intérêt de cette observation vient de la lenteur de son évolution. Jusqu'ici, en effet, on n'avait décrit que quelques cas de tumeurs de la selle turcique et toujours à caractères manifestement malins. A. HAUTANT.

1° Végétations adénoïdes du nourrisson ; localisation clinique des cornages pharyngien, laryngien et bronchitique.

2° Laryngite aiguë spasmodique, par G. Variot (*Gazette des Hôpitaux*, 13 février 1903, n° 18, p. 207).

1° Les végétations adénoïdes du nourrisson ont un aspect clinique très particulier. L'encombrement du rhino-pharynx déjà si étroit dans les premiers temps de la vie détermine des troubles respiratoires marqués et donne lieu à un cornage pharyngien spécial.

A ce point de vue l'auteur rapporte une observation intéressante. Une mère vient consulter pour son enfant âgé de 2 mois, parce qu'il respire mal. A 8 jours, l'enfant faisait déjà un léger bruit, en respirant. Ce bruit a augmenté, mais tantôt s'atténue, tantôt s'exagère, s'accompagnant d'une toux quinteuse irrégulière, par accès. La succion est gênée ; il avale sans difficulté, mais quelquefois les tétées sont suivies de regurgitations, du rejet de quelques gouttes de lait par les narines. Chaque mouvement inspiratoire et expiratoire est accompagné d'un ronflement à ton grave, saccadé. Si l'enfant ouvre la bouche, le bruit cesse ; il s'accuse pendant les tétées, prédomine alors dans l'inspiration et rappelle le cornage du stridor laryngé. Si l'enfant dort, on entend un bruit de ronronnement régulier.

A l'auscultation, quelques râles insuffisants pour expliquer la toux, surtout réflexe. La bouche est constamment entr'ouverte. L'isthme du gosier est trop étroit pour qu'on puisse pratiquer le toucher rhino-pharyngien.

L'auteur fait remarquer que le cornage respiratoire peut avoir

... ces kystes soient périostique...
...its de l'activité des débris ...
...ue l'a démontré Malassez, ils ...
...mité d'une dent, et d'une ...
...portée par le canal radiculair...
...ur étiologique capital. Cette ...
... une carie ancienne et prog...
...cutive à l'infection profond...
...de sa couronne. Dans le...
... fait qu'apporter un coup...
... morbide ; son rôle, quo...
...laire et effacé. Dans le...
... d'une part, ouvert la ...
...risé, par les stases sang...
...ithéliaux. On conçoit tou...
... cette dernière alternati...
...iner la responsabilité ch...
...apprécier exactement ce ...
...ute nécessité, — cela re...
...blessé fût examiné aussit...
... qui noterait l'état du ...
...ntre les lésions ancien...
imputées au traumatis...

Donc, et pour conc...
kyste paradentaire ...
lui-même une opér...
longue incapacité ...
rare : elle montre...
les traumatismes ...
men immédiat ...
la meilleure et ...
ployés. Ce sera...
C'est pour ce...
vation.

ible : aussi la

éterminé par un
nouveau de *faux*
La trachéotomie

rmes de laryngite
nom de *faux croup*

éotomie ne devient
euse laryngée et les
eux pour voir dispa-
moindre doute peut

ROBERT LEROUX.

nts de l'œsophage, par
elge, n° 71, 1906).

ues notions d'anatomie et
du rétrécissement, qu'elles
qu'elles siègent primitive-
s différents moyens qui nous
nce, le siège et la nature d'un
siste surtout sur la radioscopie
'aucun des moyens ne peut être
s cas, qu'ils doivent se compléter
s être employés fort prudemment.
onnée. L'œsophagotomie externe se
ment pour les rétrécissements situés
esophage.
e ne doit être pratiquée que sous le
opie qui permet de rechercher l'orifice
progressive et temporaire est le moyen le
nployé et celui qui complète le plus souvent
yse peut être employée. On aura recours à la
le rétrécissement est infranchissable.
ne, quand un rétrécissement de l'œsophage est
d'abord en déterminer le degré. Si le rétrécisse-
trop accentué, on aura recours à la dilatation
i l'on constate que le calibre est considérablement
nt alors s'aider de la radioscopie et de l'œsophagos-
ratiquer, sous le contrôle de la vue, l'électrolyse ou

l'œsophagotomie interne suivis de dilatation. Dans les cas extrêmes on fera l'œsophagotomie externe ou la gastrotomie avec la modification de Glück ou la dilatation rétrograde.

A. HAUTANT.

Sur le rétrécissement spasmodique du cardia, par SENCERT (*Revue hebdomadaire de laryng., d'otol.* etc., 14 juillet 1906).

L'endoscopie œsophagienne a permis d'étudier les spasmes idiopathiques, c'est-à-dire ceux qui ne dépendent d'aucune lésion appréciable de l'œsophage. Ces spasmes ont deux sièges de prédilection, la partie supérieure et la partie inférieure ; le travail de Sencert est consacré aux spasmes du cardia.

Zenker et Ziemmssen (1877) ont décrit les premiers cette affection, puis bientôt Strümpell, Mickulicz, Leichtenstern, Rosenheim, Gottstein en présentèrent de nouveaux cas.

Quelquefois il s'agit d'un rétrécissement spasmodique aigu : brusquement dysphagie intense, le cathétérisme révèle un obstacle infranchissable à 40 centimètres, et à ce niveau l'œsophagoscope montre la lumière œsophagienne obstruée par l'accolement des parois normales, sans que le tube puisse franchir l'obstacle, à moins qu'on ne cocaïnise la muqueuse.

Le plus souvent il s'agit de rétrécissement spasmodique chronique, affection qui est connue par quelques autopsies et un certain nombre d'observations, entre autres une inédite que rapporte Sencert. Le cas décrit par Sencert a trait à une femme âgée de 38 ans, qui présentait depuis trois ans des troubles de la déglutition caractérisés par de la dysphagie et des régurgitations, survenant surtout quand la malade avalait des aliments solides et peu mâchés, puis dans les derniers jours se manifestant même pour les liquides. Le cathétérisme montrait l'existence d'un obstacle à 43 centimètres des arcades dentaires. L'œsophagoscope montre d'abord une dilatation fusiforme de l'œsophage, puis on tombe sur le cardia absolument fermé. Sencert cocaïnise la région et à l'aide d'un cathétérisme appuyé il franchit l'obstacle : il ne découvre aucune lésion organique. Cet examen améliore l'état spasmodique.

Dans ces cas chroniques, l'image endoscopique montre une juxtaposition étroite des parois œsophagiennes et la lumière réduite se présente sous forme d'un point entouré de plis muqueux verticaux. Le siège est toujours le cardia. Quelques examens nécroscopiques ont fait voir qu'il existait dans ces cas une hyper-

trophie musculaire très considérable avec une dilatation plus ou moins considérable du segment thoracique inférieur de l'œsophage.

L'examen le plus minutieux de la muqueuse œsophagienne au point rétréci ne révèle jamais d'altération, si petite soit-elle.

Quelle est la pathogénie de ce rétrécissement spasmodique? Avec le Prof. Bernheim, Sencert se refuse à admettre une névrose pure telle que l'hystérie, car le malade ne sent pas et ne connaît pas son cardia. On ne peut croire à une réaction exagérée des fibres musculaires du cardia, car leur hypertrophie est secondaire et non primitive. Sencert est tenté de croire qu'il s'agit de névrites viscérales, surtout d'origine périphérique : à la suite de traumatismes ou d'inflammation atténuée de la muqueuse œsophagienne il pourrait se produire des névrites parties des ramifications terminales du X.

Les indications thérapeutiques sont : nourrir le malade, empêcher la stase alimentaire dans la dilatation, combattre le spasme. L'exploration œsophagienne permet de combattre le spasme par des badigeonnages à la cocaïne ou par l'électrisation de la paroi œsophagienne au niveau de l'extrémité inférieure de la dilatation. Mais dans des cas invétérés, il faut instituer des modes de traitement plus importants : gastrotomie comme opération d'urgence, exclusion complète de l'œsophage et cathétérisme rétrograde, section de dedans en dehors de l'anneau musculaire hypertrophié comme l'a proposé Gottstein à l'instar de la pyloroplastie extra-muqueuse de Mickulicz, œsophago-gastrotomie ou mieux, d'après Sencert, exclusion du cardia. A. HAUTANT.

Un cas d'acrobatisme lingual, par A.-G. Tapia (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 7 juillet 1906).

L'auteur décrit un cas de mobilité anormale de la langue qui, dit-il, doit aspirer au championnat de l'acrobatisme lingual. Le sujet pouvait en effet introduire sa langue derrière le voile du palais, fermer avec elle l'une ou l'autre choane et même la faire pénétrer dans les fosses nasales, le tout avec la plus grande agilité. Le peu d'adhérence de la langue au plancher de la bouche par longueur excessive ou absence du frein, la position très avancée du voile du palais, la langue plus longue qu'à l'ordinaire et surtout la laxité exagérée de l'aponévrose du voile sont les conditions anatomiques qui expliquent cette anomalie. La faculté d'exécuter chaque mouvement de la langue avec l'unique muscle

qui le produit et une aptitude innée sont les conditions physiologiques nécessaires pour produire cet acrobatisme. A. HAUTANT.

Spasmes œsophagiens d'origine nasale, par JOAL (*Revue hebd. de laryng., otol. et rhin.*, 12 mai 1906).

Joal rappelle qu'il a été le premier à attirer l'attention sur cette question, les faits de J. Rank et de Ziem n'ayant pas la même interprétation. Il publie 4 autres cas, dont l'un a déjà été mentionné dans son travail : *Odeurs et troubles digestifs*. Le spasme œsophagien d'origine nasale est donc peu fréquent, puisque Joal n'en a observé que 6 cas en vingt ans.

L'origine nasale de certains troubles dysphagiques lui paraît nettement démontrée par : 1° l'apparition des phénomènes spasmodiques au moment où se produisaient des poussées congestives de la pituitaire ; 2° leur développement consécutif à des manœuvres excitantes sur la muqueuse des cornets ; 3° la cessation momentanée des accidents par l'emploi local de la cocaïne ; 4° la guérison de l'affection par un traitement rhino-chirurgical.

Il a bien rencontré dans cinq de ces faits un certain degré d'hypochondrie. Mais il considère, dans ces observations, l'hypochondrie comme une névropathie nasale au même titre que l'œsophagisme, et non comme une condition génésique de la dysphagie.

A. HAUTANT.

Contribution à l'extirpation des tumeurs malignes de la bouche, par GORIS (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 4, 1906).

Goris se propose d'extirper les tumeurs malignes de la bouche comme les seins cancéreux, c'est-à-dire qu'il enlève d'un seul morceau tous les tissus douteux, depuis la tumeur linguale jusqu'aux dernières ramifications lymphatiques. et il extirpe ainsi non seulement la tumeur et les ganglions, mais aussi le trajet lymphatique.

Il espère obtenir une certaine asepsie de la bouche, par des soins préparatoires tels que brossage des dents et gargarisme salicylique et au moment de l'opération en brossant la langue et les joues au savon, à l'alcool, au sublimé. Il fait toujours une trachéotomie préliminaire qui permet une narcose plus facile et plus tard l'expulsion des liquides qui s'écouleront dans la trachée et sont la cause de l'infection broncho-pulmonaire. Il rejette la ligature préventive de la carotide externe comme inutile, car l'hémor-

rhagie est fort peu gênante. Il fait toujours l'hémi-résection du maxillaire inférieur ; c'est elle qui lui permet d'enlever, d'un seul tenant, la tumeur linguale, le pédicule lymphatique, la glande sous-maxillaire et les prolongements de tissu cellulaire contenant des ganglions le long de la veine jugulaire. Enfin il reconstitue le plancher buccal par une solide suture au catgut de la muqueuse de la joue avec ce qui reste de la muqueuse de la langue.

Il présente quatre tumeurs malignes de la bouche qu'il a opérées d'après ces principes : épithélioma de la joue, épithélioma du tissu de la langue, sarcome enclavant le maxillaire inférieur droit, épithélioma de la lèvre. Dans ces 4 cas l'épithélioma, le trajet lymphatique, la glande sous-maxillaire et les ganglions ont été enlevés d'une seule pièce. A. HAUTANT.

Actinomycose primitive du cou avec propagation rapide trachéo-bronchique, par CASTAÑEDA (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otol. et rhin.*, 19 mai 1906).

Castañeda rapporte un cas d'actinomycose à manifestations cervicales primitives, sans participation de la bouche et avec propagation rapide aux voies respiratoires. Le malade présentait trois tuméfactions situées dans la région sus-claviculaire droite, la région sous-hyoïdienne, la région latérale gauche du cou ; elles étaient très dures, adhérant aux tissus et à la peau, indolores, sans retentissement ganglionnaire. L'incision montra un tissu dur, jaunâtre, infiltrant muscles et trachée, avec de la sinusite et quelques grumeaux jaunâtres remplis de pus. Au microscope, mycelium touffu avec renflements en massue. Dyspnée par infiltration trachéale. A. HAUTANT.

Nouveaux instruments, par le Prof. GERBER (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 10, 1906).

Gerber a fait construire par Pfau (Berlin) un nouveau miroir pour l'examen de la région sous-glottique. Il est établi d'après le principe du miroir de Mackenzie, à deux articulations, il a la forme d'une seringue laryngée ordinaire. Un autre appareil servant à la compression externe du nez a été construit par Klein (Königsberg), d'après les indications de Gerber. Cet instrument pourra être employé pour la correction des déviations du nez, pour les soins consécutifs dans les opérations esthétiques d'après Jacques Joseph, et même pour le tamponnement du nez après hémorrhagie. Enfin,

Gerber a fait réunir par Pfau les instruments nécessaires aux rhino-otologistes pour l'examen du malade à domicile. Ces instruments forment une trousse commode de 0m,19 de longueur, 0m,10 de largeur, 0m,02 de hauteur et d'un poids de 700 grammes.

Cette trousse contient une boîte pour la gaze ou le coton, deux petites bouteilles pour cocaïne et suprarénine, un spéculum nasal, trois spéculums d'oreille, une pince pour l'oreille, une pince pour le nez, une paire de ciseaux, un porte-coton, un abaisse-langue, un manche pour miroir du larynx, un petit miroir pour le pharynx, une sonde pour le nez, une sonde pour le larynx, l'appareil de Belloc, un tonsillotome, un manche pour les instruments suivants d'oreille : crochet de corps étrangers, aiguille à paracentèse. Le frontal doit être porté à part. LAUTMANN.

Hémorrhagies après de légères opérations sur la gorge, par R. JOHNSTON (*Revue hebdom. de laryng.*, etc., 10 nov. 1906).

A la suite de cautérisations sur une amygdale chez un malade probablement hémophilique, âgé de 17 ans, hémorrhagies dans la fossette sous-amygdalienne. On ne put essayer que l'adrénaline, la glace, le galvano et la compression, la famille s'opposant à la ligature des piliers et à la ligature de la carotide. Mort.

Autres cas d'hémorrhagies de la gorge arrêtées par l'adrénaline, la compression ou le galvano. L'auteur pense que dans ces cas les styptiques n'ont aucune valeur. Il faut d'abord comprimer avec le doigt le point qui saigne. Si ce moyen ne suffit pas, au bout de deux à trois heures, il faut lier les deux piliers. A. HAUTANT.

Calcul salivaire d'un volume rare. Récidive, par E. BAUMGARTEN (*Revue hebdomadaire de laryng., otol.*, 3 novembre 1906).

Gonflement de la partie gauche du plancher buccal : difficulté de la parole et de la mastication. Une exploration avec l'aiguille de la seringue de Pravaz donne la sensation d'un corps résistant. Ouverture aux ciseaux de la tuméfaction et extraction d'une grosse concrétion. Celle-ci avait 2 centimètres de long, 1 centimètre de large et pesait 1gr,28. Elle était composée de phosphate de chaux. Elle était située à l'union du canal de Wharton et du canal de Bartholin et provenait vraisemblablement de la glande sublinguale. Récidive avec les mêmes symptômes. A. HAUTANT.

Pathogénie des érysipèles spontanés de la face à répétition, par H. LAVRAND (*Revue hebdomadaire de laryng., otol. et rhin...*, 22 septembre 1906).

L'auteur a déjà étudié plusieurs fois cette question. Il estime que la plupart du temps les érysipèles spontanés de la face à répétition sortent des fosses nasales par les points lacrymaux ou par les narines; leur point de départ peut être dans les fosses nasales, mais beaucoup plus souvent dans le tissu adénoïde plus ou moins hypertrophié du cavum pharyngé. Le traitement curatif consiste alors à supprimer le tissu adénoïde du pharynx nasal, qu'il s'agisse de tumeurs adénoïdes ou de granulations.

A l'appui de cette thèse, deux observations où le curettage du cavum fit cesser un érysipèle à répétition. A. HAUTANT.

Abcès rétro-pharyngien inférieur consécutif à l'ablation des végétations adénoïdes chez un adulte, par AKA (*Revue hebdomadaire de laryng.*, 22 septembre 1906).

Femme de 26 ans, opérée avec les précautions habituelles de végétations adénoïdes avec adénoïdite suppurée chronique. Quatorze jours après l'opération, elle présente tous les signes d'un phlegmon rétro-pharyngien inférieur, formant bourrelet au-dessus du larynx. Ouverture au galvano-cautère qui diminue les dangers d'une hémorrhagie. Guérison rapide. A. HAUTANT.

Un jouet comme corps étranger de l'œsophage, par SIEBENMANN *Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 23, 1906).

Un enfant de 6 ans a avalé son jouet, un petit sifflet oval, creux, perforé au milieu, large de 0m,024, épais de 0m,006, qui s'est arrêté dans l'œsophage. La cure connue par la pomme de terre l'a promptement fait sortir.

Moins heureuse a été une petite fille de 5 ans, chez laquelle un jouet analogue s'est arrêté entre les deux renflements de l'œsophage. Pendant huit jours, aucun trouble. Quand l'enfant commence à refuser la nourriture solide, on l'examine aux rayons X qui montrent la présence du corps étranger, tandis que la sonde œsophagienne passe sans entrave. Une sonde à bout olivaire est arrêtée à 0m,16. On essaye de retirer le corps étranger avec le panier de Gräfe sans résultat. L'extraction a pu se faire seulement par l'œsophagoscopie. A la suite de l'opération, un peu d'hémor-

rhagie, de l'emphysème, de la fièvre; mais guérison au bout de huit jours.

Le but de Siebenmann est de démontrer que le panier de Gräfe est au moins un instrument dangereux. L'extraction des corps étrangers de l'œsophage doit se faire par l'œsophagoscopie.

LAUTMANN.

Expériences sur le goitre et son traitement, par HILDEBRAND (*Berliner Klinisch. Wochensch.*, n° 51, 1906).

Cet article a été lu par Hildebrand à la Société médicale de Berlin. Avant d'exercer à Berlin, Hildebrand a été professeur à Bâle, où il a pu gagner une grande expérience dans le traitement du goitre. Après avoir rappelé le dérangement que l'hypertrophie de la glande thyroïde peut occasionner dans l'organisme par la compression, et par le déplacement des organes importants, trachée, œsophage, récurrent, il insiste surtout sur les difficultés qu'offre au diagnostic le soi-disant goitre plongeant. On peut même dire que la grosseur du goitre n'est pas aussi importante que l'endroit de son siège, et qu'il y a de gros goitres tombant jusque sur la poitrine, et exigeant l'opération par esthétique seule, tandis que de petites tumeurs rétro-sternales exigent impérieusement l'ablation. Sa compression de la trachée et les troubles de la déglutition sont les principales causes de la nécessité de l'opération, tandis que la raucité de la voix, la paralysie du larynx sont plutôt rares et éveillent l'idée de la malignité de la tumeur, si ces phénomènes persistent. Hildebrand ne dit rien sur les troubles de l'organisme dûs à l'altération de la sécrétion thyroïdienne, il ne mentionne pas le Basedow, ni le myxœdème, ni le crétinisme.

Quant au traitement, Hildebrand ne connaît que deux moyens : l'iodure à l'intérieur et l'opération. Quant à l'iodure, il ne l'emploie que par la bouche, l'iode en pommade est, d'après lui, sans aucune action. Les tablettes de thyroïdine agissent par l'iode qu'elles contiennent. L'iode est indiqué seulement chez les individus jeunes, possesseurs d'un goitre parenchymateux, où les altérations kystiques ne sont pas trop développées.

Les injections d'iode intra-glandulaire (iodoforme par exemple) ne sont pas à recommander. Elles sont peu actives, et non sans danger. On a cité des cas de mort et, enfin, quand il faut opérer, l'opération devient plus difficile.

Quand le traitement par l'iode est resté sans résultat, chez les individus jeunes, et quand le goitre est surtout de nature kystique,

comme c'est le cas chez les adultes, l'opération seule peut être conseillée. S'agit-il d'un kyste unique, on peut essayer l'opération très vantée par Socin : l'énucléation du kyste. Cette opération est relativement facile, mais a l'inconvénient d'une indication restreinte (un ou deux kystes facilement enlevables) et celui d'exposer à la récidive. Hildebrand dit que cette opération expose beaucoup à l'hémorrhagie, et il conseille de restreindre l'énucléation des kystes aux seuls cas où ils sont tellement superficiels qu'on voit leur contenu par transparence.

Reste l'extirpation de la glande. Celle-ci est devenue aujourd'hui une opération classique. Comme détails de l'opération, Hildebrand donne les indications suivantes. L'incision cutanée est faite en bas et forme une ligne horizontale légèrement courbe. Nous pouvons affirmer que dans un cas opéré par Sebileau (goître énorme parenchymateux, ayant résisté au traitement par les iodures), huit semaines après l'opération, une incision de cette nature était à peine visible. Il est plus commode, dit Hildebrand, de faire de grandes incisions, l'opération est plus pénible si l'incision est basse et petite, mais l'effet esthétique est plus beau.

Il est préférable de ne pas narcotiser. Une ou deux seringues de cocaïne suppriment toute la douleur. Le malade ressent à peine quelques tiraillements et un peu de dyspnée, quand on tire la trachée.

En quelques jours, le malade est guéri. Comme suites fâcheuses, on peut constater l'augmentation de la bronchite si elle existe, voire même une pneumonie et, en dehors de toute autre complication, l'élévation de la température. Cette dernière peut être due à la résorption des tissus thyroïdiens, mais elle paraît plutôt être l'expression d'une infection légère.

Les résultats opératoires sont excellents ; sur trois cents opérations, on constate 1 cas de mort, et celui-là dû, ou à la pneumonie ou à une hémorrhagie secondaire, très rarement à la myocardite.

En terminant, Hildebrand s'arrête aux tumeurs malignes de la glande thyroïde.

Les porteurs de ces tumeurs peuvent avoir au début l'aspect d'une santé florissante, et peuvent être relativement jeunes. Pour le diagnostic, il faut se rappeler qu'elles englobent, plutôt qu'elles ne déplacent, les organes voisins. Leur rapport intime avec les gros vaisseaux du cou rend le pronostic de l'opération très mauvais. Sur trente goîtres malins opérés par Hildebrand, deux seuls ont échappé à la récidive, un an après l'opération. Signalons un

symptôme du goître malin mis en relief par Albert, c'est l'inégalité pupillaire. LAUTMANN.

Sur la participation du nerf hypoglosse à l'innervation du voile du palais, par le Prof. GERONZI (*Archiv. inter. laryngologie*, janvier 1906).

Il n'y a pas encore longtemps on considérait comme démontré que l'innervation motrice du voile avait, pour la majeure partie, son origine dans le facial et qu'une faible partie était fournie par la branche motrice du trijumeau. Mais les résultats de recherches physiologiques corroborés par une série de faits cliniques d'une valeur indiscutable avaient fait modifier cette conception ; l'innervation du voile provenait du spinal.

De nouveaux faits cliniques et quelques recherches anatomo-histologiques encore peu connues ou peu remarquées ont amené l'auteur à changer d'opinion et il lui semble qu'on ne peut plus mettre en doute la participation centrale de l'hypoglosse à l'innervation du voile.

Ce nerf est considéré comme le nerf par excellence de la phonation articulée, parce qu'il innerve la langue non seulement dans ses muscles intrinsèques, mais encore dans ses muscles extrinsèques et il est naturel qu'il innerve aussi le voile qui, pendant l'émission des sons, éprouve des mouvements continuels d'élévation et d'abaissement et règle l'intervention de la résonnance nasale.

Pour Geronzi le champ d'innervation de l'hypoglosse serait encore plus étendu qu'on ne le croit, à cause justement de la fonction phonatrice qu'il régit ; il innerverait tous les muscles qui servent à la phonation articulée ou seul, ou conjointement avec d'autres nerfs, par exemple le glosso-pharyngien et le vago-spinal dans le pharynx, les nerfs cervicaux dans les muscles sous-hyoïdiens, le glosso-pharyngien dans le muscle stylo-glosse.

L'innervation du voile par l'hypoglosse n'est pas la seule de même que sa fonction n'est pas seulement la phonation ; il y a certainement d'autres nerfs qui y concourent parmi lesquels sont certainement le pneumogastrique et la troisième branche du trijumeau. M. GRIVOT.

Anesthésie pour les opérations de courte durée dans le nasopharynx, par LUKE (*Edinburgh medical journal*, juillet 1904, in *Therapeutic Gazette*, 15 octobre 1904, p. 669).

L'auteur recommande la position de Rose pour l'ablation des

végétations. Il se sert du chlorure d'éthyle pour cette opération, sauf dans les cas de dyspnée où il se sert de chloroforme. Le même anesthésique est ordinairement suffisant quand on enlève simultanément les végétations et les amygdales. Pour l'ablation des polypes et la plupart des opérations intra-nasales, le chlorure d'éthyle est en général suffisant ; sauf si on enlève en même temps les végétations et les amygdales, alors on peut prolonger l'action du premier anesthésique en donnant de l'éther.

L'auteur recommande au chirurgien d'avoir pour l'anesthésie un aide attitré, bien habitué à travailler avec lui. A. RAOULT.

Opération de Brophy pour la fissure palatine, par PARRY (*Glasgow pathological and clinical society*, in *Glasgow medical journal*, août 1904, p. 124).

L'auteur présente un malade opéré par cette méthode, qui consiste à rapprocher les maxillaires supérieurs après la section de leurs attaches aux malaires, puis à les suturer au moyen d'un fort fil d'argent, et enfin à suturer les bords de la fente. L'avantage est qu'il n'existe plus de nasonnement comme à la suite des autres procédés, mais le choc opératoire est très violent, et fait hésiter à opérer les enfants avant qu'ils ne soient déjà robustes.

A. RAOULT.

Cancer de la bouche et des régions avoisinantes, par H. A. LOTHROP et D. D. SCAMRELL (*Boston medical and surgical journal*, 13 avril 1905, in *Monthly cyclopedia*, mai 1905, p. 214).

Cet article est une étude générale sur les indications et les contre-indications des opérations dans les cas de cancer de ces régions, et sur le pronostic de ces interventions. A. RAOULT.

Kyste branchial, par E. R. RUSSELL (*Journal of eye, ear and throat diseases*, 7-8 octobre 1904, p. 131).

Il s'agit d'une femme de 28 ans, se plaignant de mal de gorge, chez laquelle l'auteur trouva une amygdale enflammée dont les cryptes contenaient de l'enduit caséeux. Au-dessus était un gonflement donnant la sensation de fluctuation. Cette masse fut incisée, il en sortit du pus assez abondant. Cet abcès sembla se guérir, puis il récidiva à plusieurs reprises. Il était situé à gauche de la ligne médiane dans le naso-pharynx et s'étendait vers l'amygdale, sous la peau vers la région occipitale, et enfin en bas et en

arrière vers les vertèbres cervicales, sans que l'on trouvât en ce point aucune nécrose osseuse. On enleva un morceau de la poche, qui fut examiné histologiquement ; le Dr Coakley conclut à l'existence d'un kyste branchial.

L'auteur a essayé un tamponnement répété de la cavité afin de provoquer une inflammation adhésive; jusqu'ici l'état est stationnaire. Il pense qu'il est impossible de disséquer la poche du kyste en raison de ses dimensions. A. RAOULT.

Alypine et novocaïne; par Ruprecht (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 6, 1906).

Le règne de la cocaïne a-t-il cessé ? Oui, pour Ruprecht, qui lui en a même écrit sa nécrologie. La succession de la cocaïne a été prise en attendant par l'alypine et en partie par la novocaïne; mais il s'agit probablement d'un interrègne. Le grand nombre des anesthésiques locaux laisse espérer qu'avec les progrès de la chimie, un corps sera trouvé réunissant tous les avantages de la cocaïne sans avoir ses inconvénients. En attendant, la novocaïne, l'alypine, combinées ou non avec l'adrénaline, devront remplacer la cocaïne dans la pratique oto-rhino-laryngologique.

La novocaïne est de tous les anesthésiques le moins irritant pour les muqueuses et, sous ce rapport, supérieure à l'alypine. Son pouvoir anesthésiant est insuffisant dans la pratique courante de la rhino-laryngologie, mais combinée à l'adrénaline, elle constitue un anesthésique idéal pour les injections sous-cutanées.

Combinée à l'adrénaline, l'alypine remplace parfaitement la cocaïne dans son action anesthésiante et inchémiante pour les muqueuses. Elle a sur la cocaïne les avantages suivants : la cocaïne est toxique et parfois à des doses où il faut croire à une véritable idiosyncrasie. Sans parler des accidents sérieux, une certaine ébriété cocaïnique se manifestant par de la loquacité, excitabilité du malade, etc., peut devenir tout au moins désagréable pendant l'opération. La cocaïne, surtout additionnée d'adrénaline, provoque parfois, une ou deux heures après son emploi, de véritables rhumes de cerveau, quelquefois très pénibles.

De tous ces inconvénients aucun ne se trouve après l'emploi de l'alypine.

De même les hémorrhagies atoniques post-opératoires sont plus rares après l'emploi de l'alypine qu'après celui de la cocaïne. La stérilisation et la conservation des solutions à l'alypine est possible, tandis que la cocaïne est altérée par l'ébullition. Enfin,

l'alypine est meilleur marché que la cocaïne. L'alypine ne peut pas amener la contraction des vaisseaux de la pituitaire. Ceci n'est pas toujours un inconvénient, mais c'est le seul qu'on pourrait reprocher à l'alypine, inconvénient auquel on remédie facilement par l'addition de l'adrénaline. Dans de nombreux cas; cet inconvénient tournera à l'avantage de l'alypine; quand on recherchera seulement l'action anesthésiante sans l'action ischémiante (queue du cornet, polype de la caisse, pharyngite latérale).

L'alypine est une poudre blanche finement cristallisée; facilement soluble dans l'eau et l'alcool, de réaction neutre. Elle a provoqué jusqu'à aujourd'hui une très grande littérature et a fait le sujet de nombreuses expériences de Ruprecht, et sur lui-même et sur ses malades.

Nous ne reproduisons pas les expériences que Ruprecht a faites sur lui-même qui ne prouvent rien, surtout si on considère que Ruprecht, comme il le dit lui-même, est particulièrement sensible à la cocaïne. Mais, à la lecture des nombreuses observations qu'il publie, nous avons eu la conviction que l'anesthésie de l'alypine demande beaucoup plus de temps, quelquefois 50 minutes, avant de se manifester. A ce propos, il faut avouer que Ruprecht a une façon particulière de faire l'anesthésie, au moins pour les conchotomies. Voici comment. Il fait d'abord un spray à la cocaïne à 1 $^{0}/_{0}$ additionné d'adrénaline (1 : 1000) dans la proportion de 1 à 10. Dernièrement, il a remplacé la cocaïne par l'alypine; il a constaté que la contraction de la muqueuse et l'anémie ne sont pas aussi nettes après le spray à l'alypine qu'après le spray à la cocaïne: De ce spray on emploie suffisamment pour provoquer une rétraction de la muqueuse. Le reste est enlevé par un nettoyage minutieux de la muqueuse, par le mouchage et le seringuage. Ensuite; il applique des tampons de coton de 2 centimètres de large trempés dans la solution d'alypine et suprarénine à 10 $^{0}/_{0}$; de façon à recouvrir les parties qui doivent être enlevées. Il emploie de trois à sept tampons semblables. Ruprecht nous rapporte encore ses expériences avec l'alypine dans la galvanocaustie, dans les opérations sur le septum (pour la résection sous-muqueuse faite chez des enfants de 11 et 12 ans, anesthésie obtenue après introduction de tampons alypinés et laissés pendant 20 minutes).

Pour l'opération des adénoïdes et des amygdales, Ruprecht se sert de plus en plus de l'alypine, qui lui remplace l'anesthésie générale. Le peu de toxicité de ce médicament permet de s'en servir largement.

Pour les opérations et l'examen du larynx, l'alypine combinée à

l'adrénaline est d'un emploi particulièrement recommandable. Le danger d'intoxication est nul, l'anesthésie est plus longue, le malade n'a pas ce besoin d'avaler à faux, comme après la cocaïnisation.

Dans les différentes opérations sur l'oreille, l'alypine s'est également montrée supérieure à la cocaïne. Il faut surtout noter qu'avec l'alypine, appliquée en substance, la paracentèse dans les otites moyennes suppurées a pu être faite sans provoquer la moindre douleur.

Les injections d'alypine sont toujours plus ou moins douloureuses, et quand les solutions sont trop concentrées (5 $^0/_0$) elles peuvent occasionner la gangrène. Il est préférable de remplacer, dans ce seul emploi, l'alypine par la novocaïne, autrement l'emploi de la novocaïne n'offre aucun avantage.

En résumant, Ruprecht prévoit l'arrivée d'un autre anesthésique local. Pour le moment, l'alypine combinée à l'adrénaline pour la pratique courante, et l'adrénaline combinée à la novocaïne pour les cas rares d'injections sous-muqueuses constituent les anesthésiques dont il faudra se servir. LAUTMANN.

Statistique des végétations adénoïdes, par BÜRGER (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, nº 2).

En septembre 1903, le ministère de l'Intérieur des Pays-Bas a adressé une circulaire à tous les professeurs des écoles communales, les invitant à rechercher la présence des végétations adénoïdes chez les enfants de 6 à 12 ans. Il ne pouvait être question que de la recherche du facies adénoïdien.

De pareilles statistiques ne peuvent évidemment donner aucune idée sur la fréquence de cette maladie. De même les statistiques basées sur la parole, l'intelligence, les troubles acoustiques ne sont d'aucune utilité. L'examen local est le seul qui devrait être la base de toute statistique. Cet examen local devrait se faire par le miroir et exceptionnellement, et avec permission des parents seulement, par le toucher digital. LAUTMANN.

Expériences sur l'emploi du coton à la stypticine-Merk, par UFFENORDE (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, nº 2).

Pour éviter le tamponnement intra-nasal après les opérations, Uffenorde a essayé, d'après la recommandation de Krause, la stypticine de Merk incorporée à la gaze et au coton. Il donne la préfé-

rence au coton à la stypticine dont il se déclare très satisfait. Il lui reconnaît deux inconvénients, le goût amer et la friabilité du coton. Probablement E. Merk mettra en circulation des tampons de coton à la stypticine, exempts de ces inconvénients et spécialement préparés pour les besoins de la rhinologie. LAUTMANN.

Origine syphilitique de la leucoplasie, par C. F. MARSHALL *Monthly Cyclopœdia*, mars 1906, p. 124).

La macroglossie congénitale ou langue scrotale est une cause prédisposante à la leucoplasie. Or, la macroglossie, ainsi que les autres difformités congénitales est probablement un des stigmates dystrophiques de la syphilis héréditaire.

D'autre part, il y aurait une relation possible entre le lichen plan et la leucoplasie, lorsque le premier apparaît sur les muqueuses il présente une ressemblance remarquable avec la seconde. Enfin on tend à admettre que le lichen plan est une manifestation de la syphilis héréditaire. A. RAOULT.

Dose active d'antitoxine diphtérique, par SUTHERLIN (*La medical Ricorder*, in *Thérapeutic gazette*, 15 mars 1905, p. 164).

Les médecins américains sont d'avis qu'il ne faut pas se borner à donner des doses de sérum, que l'on mesure par centimètres cubes, mais qu'il faut se préoccuper d'abord de la gravité de la diphtérie. Sutherlin est arrivé ainsi à donner à une femme de 26 ans : 498.090 centimètres cubes de sérum ; pendant trois jours consécutifs, il lui injecta 32.000 centimètres cubes par jour. Pendant la maladie de cette femme, il injecta par prophylaxie à l'enfant âgé de 8 mois : 500 centimètres, au mari 2.000, à l'infirmière 1000, à la mère de la malade 2000 et au médecin traitant 4000. La malade a guéri ; le mari fut atteint fort légèrement de la diphtérie. A. RAOULT.

Sur la valeur des pulvérisations dans le traitement de la bronchite chronique, par STEMMLER (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 25, 1906).

Aujourd'hui où nous nous servons, surtout dans les villes d'eaux, des pulvérisations, il est intéressant de s'arrêter à cet article de Stemmler qui reprend les expériences de Emmerich, Bulling, He-

ryng et autres inventeurs de pulvérisateurs très en vogue en Allemagne. Tous les expérimentateurs cherchent la réponse à deux questions : 1° Est-ce que le liquide pulvérisé pénètre par voie d'inhalation dans les bronches, les bronchioles et les alvéoles ? Et entre-t-il par inhalation suffisamment de liquide pulvérisé pour exercer une action thérapeutique sur ces parties ? Sur la première question tous les expérimentateurs et tout dernièrement encore Schrötter, recommandent l'appareil de Bulling répondent par l'affirmative. Quant à la deuxième question, l'auteur qui exerce à Ems prétend avoir obtenu de bons résultats, surtout dans le catarrhe sec. LAUTMANN.

Traitement du goître par les rayons X, par STEGMANN (*Münch. medic. Wochensch.*, n° 26, 1095) :

Chez une jeune fille de 21 ans, un goître a diminué à la suite de deux séances de radiothérapie. Dans un autre cas, röntgenisation pour métastase carcinomateuse dans la fosse sus-claviculaire, également régression du goître. A la suite de ces expériences, l'auteur propose les rayons X, dans le traitement du goître rétro-sternal. LAUTMANN.

NOUVELLES

NOMINATIONS

Depuis le 1er octobre 1907, par suite de la mise à la retraite du Prof. Politzer, atteint par la limite d'âge, la direction de la clinique otologique de l'Université de Vienne a été confiée au Prof. Urbantschitsch.

Le Dr Luscher est nommé professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie à l'Université de Berne.

NOUVELLES DIVERSES

Nous apprenons la mort de Moritz Schmidt de Francfort qui a succombé à l'âge de 70 ans.

Un grand Congrès de tous les oto-laryngologistes russes aura lieu à Saint-Pétersbourg, vers la fin de l'année 1908.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Third. — Annual Report of the Henry Phipps Institute, for the study, treatment, and prevention of tuberculosis (Février 1905 à février 1906, 238, Pine-Street, Philadelphie, 1907).

Gerber. Weitere Mitteilung uber Sclerom (Extr. de *Archiv. f. Laryng.*, Bd. XX, I h.).

GERBER. — Tamponlose Nachbehandlung und Tubenabschluss (Extr. de *Archiv. f. Ohrenh*, Bd. LXX.)

GERBER. — Pharyngolaryngoscopie (Extr. de *Arch. f. Laryng.*, Bd, XIX, h. 2).

G. COHN. — Altes und Neues zur Nasentuberculose (Extr. de *Archiv. f. Laryng.*, Bd, XIX, h. 2).

P.-J. MINK. — Das Spiel der Nasenfhlgel (Extr. de *Archiv. f. die ges. Physiologie*, Bd. CXX, Martin Hager, édit, Bonn, 1907).

P. GRAZZI. — Le cure di alame affezioni delle prime vie respiratorie colli aigue della puzzola (porata) (Perugia, 1907, Unione typografia cooperative).

Le Gérant : MASSON et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1907

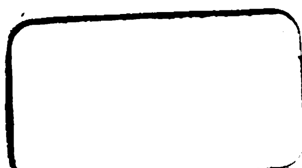
(33e VOLUME, 2e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras.

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE




HOLZER